

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi kórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében. Bókay Árpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauffer Vilmos, Tlanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Ónodi Adolf: A homloküreg kutaszolása és kiöblítése empyemáknál. 76. lap.
 Lenkei Vilmos Dani: A napfürdőknek a szervezet némely functiójára gyakorolt hatása. 76. lap.
 Hammer Dezső: Közlemény a kir. m. tud.-egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő ny. r. tanár.) Az astasia-abasia gyógyításáról. 81. lap.
 Fialowski Béla: Törvényszéki orvostan. Törvényszéki orvosi esetek. 83. lap.

Közegészségügy. Az egészségügyi személyzet törzskönyveinek a m. kir. központi statisztikai hivatalhoz való felterjesztése. 83. lap.

Tárca. Lenhossék Mihály: Swedenborg. 84. lap.

Irodalomszemle. Összefoglaló szemle. Kollarits Jenő: A Basedow-kór gyógyítása. 85. lap. — Könyvismertetés. Feleki Sándor: Budapest egészségügye érdekében alkotott rendeletek és határozatok. (M.) 85. lap. — Lapszemle. Venereds bántalmak. Samberger: A syphilises anaemia és icterus pathogenesise. (G u s z-

man.) — Neuhaus: Syphilises tüdőesücs-infiltratio. (G u s z m a n.) — Kisebb közlemények az orvsgyakorlatra. French: Thiocol használata a légzőszervek megbetegedéseiben. — Daconto: Acoia használata a sebészetben. — Neumann: Thigenol használata nőbajokban. — Folyóiratok átnézete. 85—86. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetés. — Megválasztás. — A budapesti orvosi kör sorozatos előadásai. — A „Kézmárczy-szoboralap” javára beérkezett pénzküldemények. — A magyar orvosok és gyógyszerészek árváinak otthona. — Müller Ede. — Nemzetközi kiállítás. — Trachomaügy. — A Szt. Lukács-fürdő. — Tauffer tanár szülészeti poliklinikája. — Bársony professor intézete. — A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület. — Megjelent. — Elhunyt. 86—87. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Kórházi orvostársulat. — Budapesti királyi orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

Melléklet. Tormay Béla: A tuberculosis a háziállatok között és a tejkérdés.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A homloküreg kutaszolása és kiöblítése empyemáknál.

Irta: Ónodi Adolf dr., egyetemi tanár.

A homloküreg kutaszolását élőben Jurasz¹ végezte és irta le szabatosan, reámutatva annak gyakorlati jelentőségére. Dolgozatában ugyan úgy tárgyalja ezt a kérdést, mintha neki sikerült volna először az élőben a homloküreg kutaszolása. Killian midőn Jurasz főérdemét elismeri, hivatkozik többekre, kik a homloküreg kutaszolásáról megemlékeznek. Allan Burns² már 1821-ben egy jól sikerült képet nyújt a homloküregbe vezetett kutaszszal és állítása szerint a rendes úton bevitt anyagokkal a homloküregből egy férget távolított el. Hesselbach³ egy hajlított ezüstkutaszszal ajánlja a homloküreg kutaszolását. Otto⁴ egy esetben felülről és alulról is kutaszolta a homloküregtet, az orrüreg felől azonban csak erőlkövéssel. Jurasz 21 esete közül öt esetben mind a két oldalon könnyen ment a kutaszolás, hat esetben az egyik vagy másik oldalon már csak nehézséggel volt keresztül vihető, tíz esetében pedig egyáltalában nem sikerült. Egy esetében a homlok bőr caneroidja megnyitotta a homloküregtet és az orrüregen át vezetett kutasz az üregben látható volt. Jurasz a kutaszolásra csak azon eseteket tartotta alkalmasoknak, „in welchen die nasale Mündung der Stirnhöhle leicht zu sehen war”. Schutter⁵ két esetében a sonda helyett canulet alkalmazott és azzal eszközölt légbefúvást és fecskendést, mindkét esetben a fejfájdalmak megszűntek, egyik esetében a genyedés is. A Hartmann⁶ által régebben ajánlott Pollitzer-féle légdouchet eredménytelenül alkalmazta és ezért a

folyadékkal megtelített homloküregtet a canuleon át levegővel ürítette ki.

Hansberg¹ kísérletei alapján figyelmeztet a kutaszolás akadályaira és tanácsosnak tartja a sonda végét mellül és fent a középvonal felé vezetni, mert oldalt könnyen betévedhet egy mellső rostasejtbe. Ha a sonda hossza 60 mm. az orrnyílástól számítva, akkor bent van a homloküregben, mert 50 mm. azon távolság, mely a homloküreg alapja és az orrnyílás között van. Cholewa² felemlítvén az akadályokat, ajánlja a középső kagyló mellső végének a sővényhez való nyomását, bizonyos mérvben való luxálását. A maga részéről a sonda végét oldalt vezeti, hogy az infundibulumba jusson és annak mellső végén az ostium frontale-ba. Felhívja a figyelmet, hogy a sonda bemehet a bulla frontalisba. A kutaszolást 6 százaléokban lehetőnek tartja. Cholewa³ négy esetben eredményt ért el a homloküreg kifeccskendésével és a kutaszszal bevitt pyoktaninnal. Katzenstein⁴ a ki ellentétben Cholewa-val nem tartja olyan könnyen kivihetőnek a homloküreg kutaszolását, ductus hiányánál és tág ostium frontalisnál tartja lehetőnek, a ductus jelenlétében pedig kizártnak; kérdésesnek mondja, hogy Cholewa eseteiben a folyadék csakugyan a homloküregbe jutott, továbbá gyógyczélokra értéktelennek tekinti a pyoktanint. Alezais⁵ figyelmeztet a homlokbarázdával parallel futó verticalis barázdára, mely megette halad és a mellső rostasejtbe vezet, továbbá egy 4—5 mm. verticalis vakjáratra, mely a ductustól mellfelé vagy befelé nyílik. Hartmann⁶ egy esetben végezte a kutaszolást és kifeccskendést, azután a homloküreg feltárással gyógyította meg az empyemát. Hansberg-gel együtt előállított készítményei szerint a homloküreg az esetek felében kutaszolható. Az akadályokat három pontban foglalja össze: 1. a középső kagyló

¹ Berliner klinische Wochenschrift 1887.

² Killian, Heymann's Handbuch der Lar. 1890.

³ Killian, Heymann's Handbuch der Lar. 1890.

⁴ Killian, Heymann's Handbuch der Lar. 1890.

⁵ Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1888.

⁶ Deutsches Archiv f. klin. Medicin 1877.

¹ Monatsschrift f. Ohrenh. etc. 1890.

² Monatsschrift f. Ohrenh. etc. 1892.

³ Monatsschrift f. Ohrenh. etc. 1891.

⁴ Therapeut. Monatshefte 1891.

⁵ Compt. rend. et mém. de la soc. de biol. 1891.

⁶ Langenbeck's Archiv, Bd. 45.

erős kifejlődése, görbülete és üregképződése, 2. a processus uncinatus erős kiugrása, 3. a bulla ethmoidalis erős kiugrása. *Engelmann*¹ készítményeinek felében kutaszolta a homloküregget. Egy férfitbetegénél, kinek bal homloküregét kutaszolta és fecskendezte, alkalmazáskor a homlokodon érezte a zörejt. *Winkler*² női fejek negyedrésztét, férfifejek hatodrésztét tudta készítményeken kutaszolni.

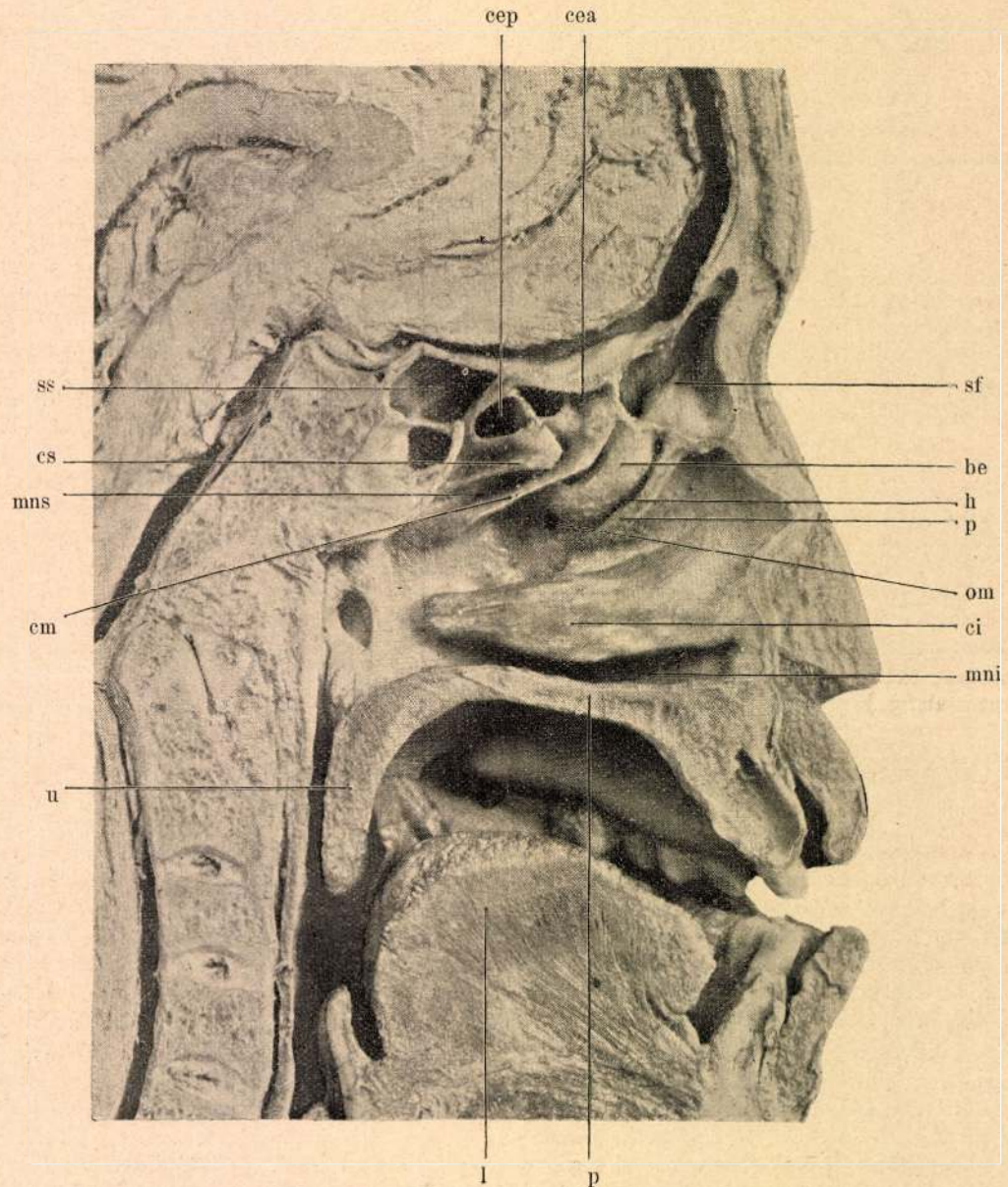
*Lichtwitz*³ tizenhárom fejen kilencszer végezte a kutaszolást. Az igazi akadályt a mellső rostasejteknél látja, melyek az infundibulum és a homloküreg között vannak elhelyezve. Élőben 1½, 2, 2½ mm. átmérőjű canulet alkalmazott, egy esetben 7 cm., két esetben 7½—8 cm.-nyire hatolt előre. Empyema két esetben végezte a fecskendést carbolvízzel, azután jodoform-glycerinnel és ichthyol-glycerinnel. A fejfájás azonnal múlt, a secretio csökkent. Ajánlja a próbakiöblítést, melyet hús egyénél végzett és veszélytelennek tart. *Herzfeld*⁴ hangoztatja a természetes úton való kutaszolásnak nehézségeit, mely sértés nélkül a legritkábban sikerül. A könnyebb előbbrejutás vagy a zörejt nem jelenti még, hogy a kutasz a homloküregben van, lehet a mellső rostasejtben vagy a bulla frontálisban. *Scheier*⁵ kísérletei azt mutatják, hogy a kutaszolás kivihető, sok esetben sikerül és néha könnyen megy. Fellemlíti *Lennox Browne*-t, kinek véleménye szerint könnyű a kutaszolás, sőt bizonyos körülmények között a beteg által is kivihető. *Scheier* negyven esete közül csupán ötször ment könnyen a kutaszolás, Röntgen-képben a sondát és mozgásait jól lehetett ellenőrizni. Egy esetben a kutasz hét cm.-nyire hatolt előre, és a Röntgen-kép mutatta, hogy a sonda ninesen a homloküregben. Egy másik esetben a sonda 8 cm.-nyire hatolt előre, a Röntgen-képben a sonda egy cm.-nyire volt a homloküreg hátsó fala mögött látható, egy magasan fekvő mellső rostasejtben.

*Spiess*⁶ azokhoz csatlakozik, kiknek ritkábban sikerült a homloküreg kutaszolása. *Killian*⁷ szerint azokat a homloküregket, melyek az infundibulummal nem függenek össze, könnyen lehet kutaszolni, a középső kagyló mellső végén oldalt könnyen lehet a homloküregbe jutni, azon homloküregket is lehet kutaszolni, melyek az infundibulum mellett nyílnak, de azokat, melyek az infundibulum tetején nyílnak, vagy nehezen, vagy egyáltalában nem lehet kutaszolni.

Rámutatott, hogy néha a középső kagyló előtt fekvő mellső rostasejt, vagyis homloksejt, mely a homloküregbe nyílik, egy egyenes szögletben röviden meghajtott éles canullal veszély nélkül pungálható. *Struycken*⁸ annak ellenőrzésére, hogy a kutasz csakugyan a homloküregbe jutott, az aczélsonda végét megdelejezte és azután egy kicsiny compassst helyezett a homlokra, melynek tüje, ha a sonda bent van a homloküregben, azonnal kitér. *Struycken* a tü kitérésének nagyságából és a compass elhelyezésétől a közbeneső rétegek megítélésére is vélt következtetethetni.

*Glatzel*¹ megkísérlette ezen eljárást, egyes esetekben használható ugyan, de biztosan csupán a Röntgen-kép tájékoztat. Egy esetében a Röntgen-kép mutatta, hogy a sonda 2 cm.-nyire görbített mellső vége nem a homloküregbe jutott. A Röntgen-kép tájékoztat a homloküreg tágassága felől sagittális irányban, valamint a mellső fal vastagsága felől is. Szerinte arra nézve azonban a Röntgen-kép nem adhat felvilágosítást, vajjon a kutasz a homloküregben vagy a bulla frontálisban van-e. Azon véleményének ad kifejezést, hogy az esetek egy részében, a hol a kutaszolás sikerülni látszott, a Röntgen-kép kiderítette, hogy vagy egy infundibulumsejtbe, vagy egy mellső rostasejtbe jutott a sonda.

*Hajak*² szerint rendes körülmények között, sajnos, gyakran



1. ábra. Sagittális metszet. A középső kagyló el van távolítva, csupán tapadó vonala látszik, miáltal a középső orrjárat szabadon fekszik. sf homloküreg, cea mellső rostasejt, cep hátsó rostasejt, ss iköböl, cs felső orrkagyló, mns felső orrjárat, be bulla ethmoidalis, h hiatus semilunaris, p processus uncinatus, om ostium maxillare accessorium, cm az eltávolított középső orrkagyló tapadó vonala, ci alsó orrkagyló, mni alsó orrjárat, p kemény szápad, l nyelv, u légyszájpad a nyelvessappal.

nem sikerül a kutaszolás, az ő eseteinek több mint felében nem sikerült. Az esetek többségében kikerülhetetlen a középső kagyló mellső végének resectioja a kutaszolás eszközlésére, de ez sem biztosítja mindig annak lehetőségét. A sonda végének medialis irányítását ajánlja, mert oldalt csak kivételesen jut a sonda a homloküregbe. A sonda akkor van bent a homloküregben, ha az a középső kagyló legmellsőbb tapadásától 2½ cm.-nyire felfelé hatolt, abszolút biztosság azonban lehetetlen. Midőn felemlíti, hogy

¹ Archiv f. Laryngologie, Bd. I.

² Arch. f. Laryng. Bd. I.

³ Therapeutische Monatshefte. 1893.

⁴ Deutsche med. Wochenschrift. 1895.

⁵ Wiener med. Presse. 1898.

⁶ Heymann's Handbuch der Laryngol. 1900.

⁷ Ugyanott.

⁸ Archiv f. Laryngologie. 1901.

¹ Archiv f. Laryngologie. 1901.

² Die entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen etc. 1903.

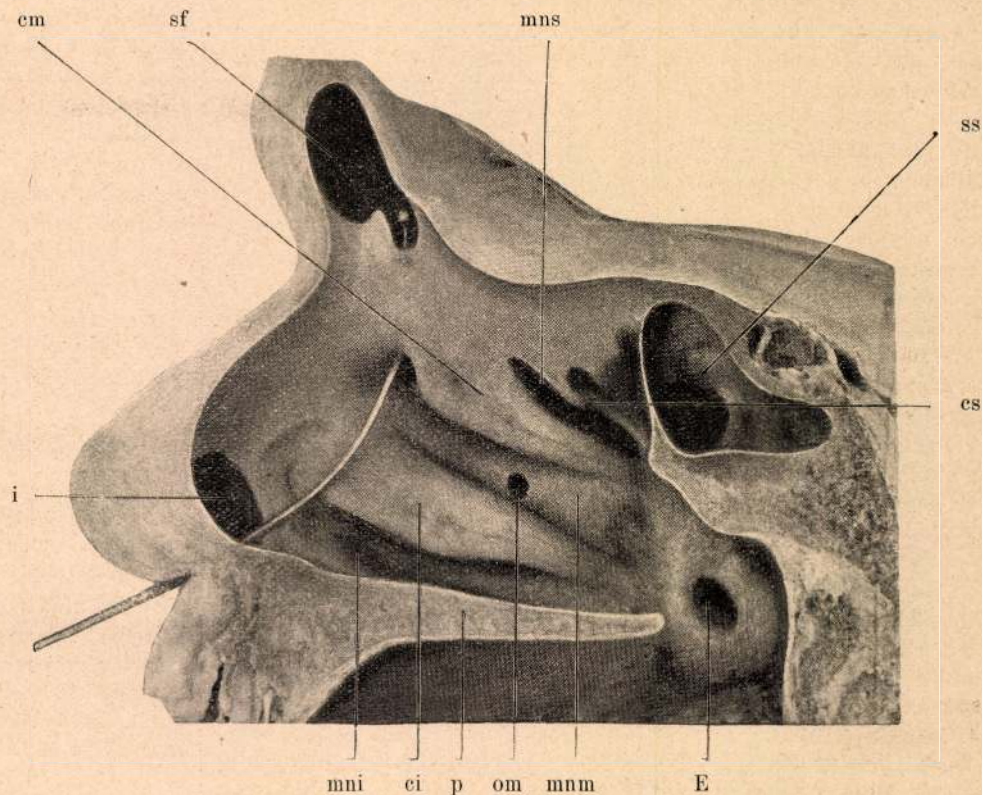
Mermaux magán végezte a kutaszólást és hogy egyesek a betegekre bizzák a homloküreg kifeeszkendését, az orvost teszi felelőssé a bekövetkező bajért.

Mielőtt a homloküreg kutaszólásáról, annak technikájáról és gyógykezelési jelentőségéről kezdenők meg fejtegetéseinket, néhány ábra kíséretében azon topographikus viszonyokat kell érintenünk, melyeknek teljes ismerete szükséges a kutaszolás eszközésénél, és a melyek egyszersmind megvilágítják azon akadályokat és nehézségeket, melyek a kutaszolás elé gördülhetnek. Rendes körülmények között a homloküreg benyílásának területe a középső kagyló által el van fedve. *Jurasz*¹ ugyan a kutaszolás lehetőségének feltételeként azon eseteket jelölte meg, „in welchen die nasale Mündung der Stirnhöhle leicht zu sehen war“. *Zuckerlandl*,² a ki kételyel fogadja a sondázásra vonatkozó közléseket: „die Fälle, wo es wirklich gelungen sein soll die Stirnhöhle zu sondieren, sind nicht über jede Kritik erhaben“, hozzá teszi, hogy „von der Weite der Spalte (Hiatus semilunaris) hängt es ab, ob man die Ostia (frontale et maxillare) sieht“. Már *Hansberg*³ megakadt *Jurasz* előbbi állításán, megjegyezvén, hogy egy esetben sem volt lehetséges a középső kagyló által fedett ostium frontale látni. *Cholewa*⁴ is kiterjeszkedik ezen állításokra, mondván: „so ist das ein Irrthum, in dem auch Jurasz verfallen ist“. *Spieß*⁵ a homloküreg nyílására vagy járatára nézve megengedi, hogy „der der Inspection nur selten und dann nur in seinem Anfangstheile zugängig ist.“ Tapasztalataink alapján mondhatjuk, hogy hullákon és rendes helyzetben tartott készítményeken és az élőkön sohasem láthattuk sem az ostium frontale, sem a ductus nasofrontalis beömlését. Előfordulása rendellenes vagy kóros alapon nincsen kizárva. Hogy tehát a homloküreg beömlési területének topographikus viszonyait áttekinthessük, el kell távolítani a középső orrkagylót. Egy ilyen készítményt mutatunk be az első ábrában egy sagittalis metszeten természetű nagyságban.

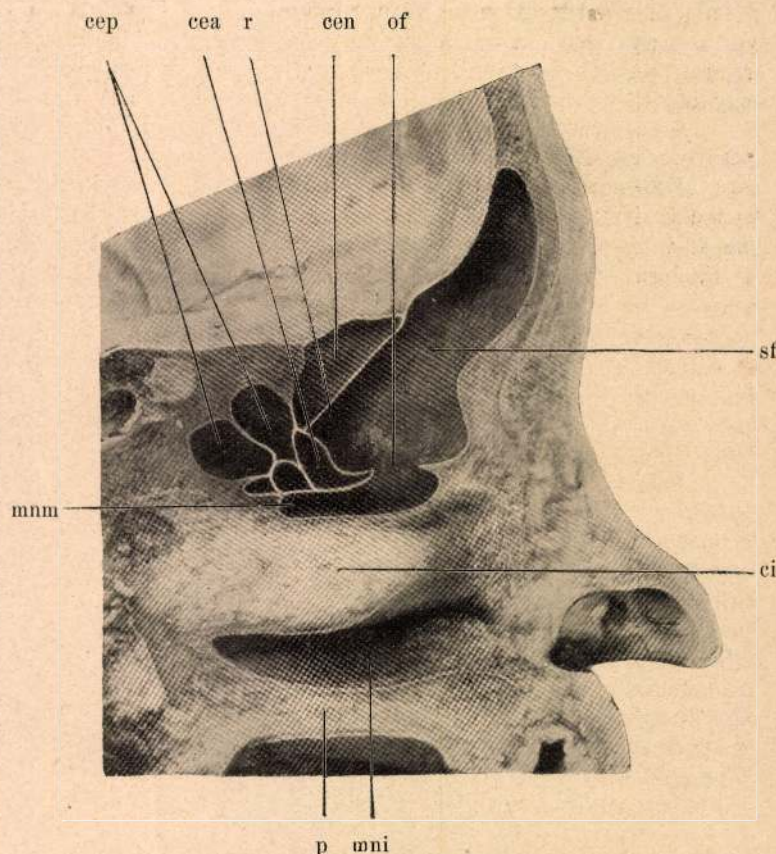
Jól látni a készítményen a bulla ethmoidalis (be) és a processus uncinatus (p) által képezett hiatus semilunaris (h), mely az infundibulumba vezet, a hiatus semilunaris, az infundibulum mellső vége áll viszonyban a homloküreggel. A homloküreg vagy egy kerek, ovalis nyílással, vagy pedig egy különböző hosszú csatornával közlekedik a középső orrjárat. A készítményen a hiatus semilunaris egészen a homloküregig terjed és mellső végén egy kerek nyílással nyílik az ostium frontale, ezen nyílás lehet az infundibulum mellső végének mélyében, továbbá a hiatus semilunaris előtt és felett, valamint a középső orrjárat mellső végén is. Az ostium frontale átmérője különböző nagy lehet, lehet kisebb, mint az infundibulumé, változhatnak 1—5 mm. között. A homloküreg egy járatokkal nyílhatik vagy az infundibulumban, vagy a hiatus semilunaris mellső vége előtt, vagy a középső orrjárat mellső végén, ezen ductus nasofrontalis hossza is különböző lehet, változhatnak 1—2 mm. között. A ductus nasofrontalis szoros viszonyban állhat a legelső rostasejtekkel, melyek vele közlekedhetnek.

A homloküreg kutaszólása készítményeken könnyebben, élőben nehezebben eszközölhető. Bemutatunk egy készítményt a 2. ábrában, melynél rendes viszonyok állanak fenn és a homloküreg

egy nyílással az infundibulum tetején nyílik. Ezen eset, valamint azok az esetek, midőn az ostium frontale a hiatus semilunaris mellső vége előtt nyílik, a könnyen kutaszolható esetek közé



2. ábra. Sagittalis metszet. A sonda az infundibulumon át a homloküregbe van vezetve és mellső vége benne látható. sf homloküreg, cm középső kagyló, i mellső orrnyílás, mns felső orrkagyló, cs felső orrkagyló, ss ikéből, E Eustach-kürt, mnm középső orrjárat, om ostium maxillare accessorium, ci alsó orrkagyló, mni alsó orrjárat, p kemény szájpad.



3. ábra. Sagittalis metszet. sf homloküreg, of ostium frontale, cea mellső rostasejt, r a homloküreg recessusa, cep hátsó rostasejt, mnm középső orrjárat, ci alsó orrkagyló, mni alsó orrjárat, p kemény szájpad.

tartoznak, ha csak kóros elváltozások vagy egyéb alakviszonyok nem képeznek akadályt. A sonda az infundibulumon át van a

¹ l. c.

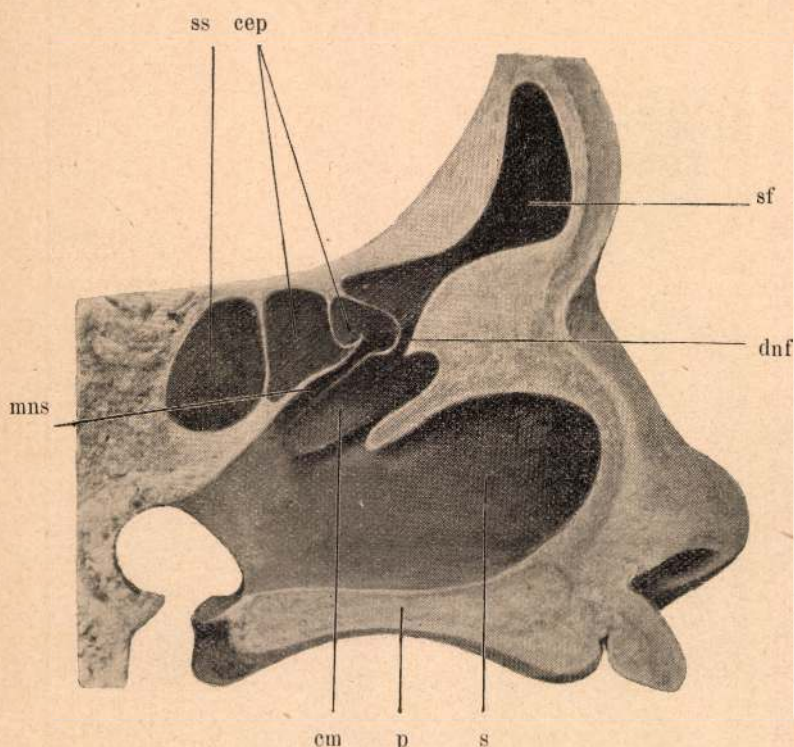
² Realencyclopädie der med. Wiss. XIV. kötet.

³ l. c.

⁴ l. c.

⁵ l. c.

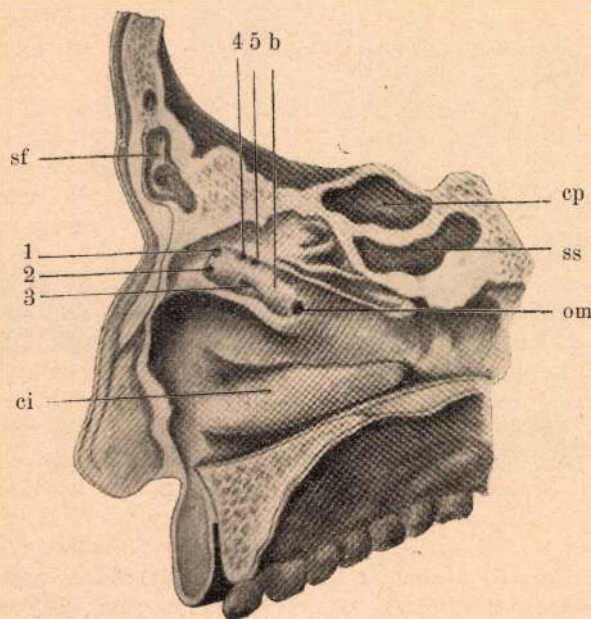
homloküregbe vezetve, és hossza a mellső orrnyílástól a homloküreg alapjáig 60 mm.



4. ábra. Sagittalis metszett. sf homloküreg, dnf ductus nasofrontalis, cm középső orrkagyló, s orrsövény, p kemény szájpad, cep. hátsó rostasejt, ss iköböl, mns felső orrjárat.

Két érdekes esetet is bemutatunk, melyekben a kutaszolás azáltal vált könnyűvé, hogy a mellső rostasejtek és a homloküreg fejlődési rendellenessége forogván fenn, a homloküreg a középső orrjárat legmellsőbb részén nyílt. A harmadik ábra mutatja, hogy a mellső rostasejtek egy részével összefolyt homloküreg egy 5 mm. átmérőjű ostium frontaleval nyílik a középső orrjárat legmellsőbb részén. A negyedik ábra szépen mutatja, hogy a mellső rostasejtekkel összefolyt homloküreg (sf) egy 4 mm. hosszú járatral (dnf) $1\frac{1}{2}$ mm. széles nyílással nyílik a középső orrjárat legmellsőbb részének tetején.

Mielőtt a kutaszolás technikájáról szólnánk, megvilágítjuk azon alakviszonyokat, melyek a kutasznak a homloküregbe való jutását vagy megnehezítik, vagy egyáltalában lehetetlenné teszik. Az 5. ábra egy sagittalis metszeten, a melyen a középső



5. ábra. Sagittalis metszet. sf homloküreg, cp leghátsóbb rostasejt, ss iköböl, om Highmor-üreg nyílása, ci alsó kagyló, 1 vak tasak, 2, 3, 4, 5 mellső rostasejtek nyílásai, b bulla ethmoidealis, 5 egyszersmind azon nyílás, mely egyedül a homloküregbe vezet.

el van távolítva, a középső orrjáratban öt nyílást tüntet fel. A legmellül és fent levő nyílás (1), mely rendszeren a homloküregbe vezetne, itt egy vak tasakba vezet. Már *Alezais* figyelmeztetett arra, hogy ügyelni kell egy 4–5 mm. hosszú vak verticalis járatra, mely a ductus nasofrontalistól mellfelé vagy befelé nyílik. A 2, 3, 4 és 5 számmal jelölt nyílások mind a mellső rostasejtekbe vezetnek, csupán az utolsó és leghátrább fekvő nyílás (5) az, mely egyszersmind a homloküregbe vezet. Egy olyan esettel állunk szemben, midőn a homloküregnek nincsen nyílása, hanem annak hátsó fala közlekedik egy mellső rostasejttel, mely a középső orrjáratba nyílik. Ilyen esethez már *Cholewa* figyelmeztetett észlelete alapján. Ezen készítmény tanulságosan mutatja, hogy a mellül fekvő nyílásokba vezetett kutasz a homloküregbe nem juthat.

(Folytatása következik.)

A napfürdőknek a szervezet némely functiojára gyakorolt hatása.

Irta: *Lenkei Vilmos Dani* dr., fürdőorvos B.-Almádiban.

(Folytatás.)

A napfürdő alatt a vérsejtek valamennyi esetben megsaporodtak. Hogy ezt nem a fürdés okozta, bizonyítja az, hogy a szaporodás már közvetlenül a szabad süttetés vagy a bepólyázott süttetés után mutatkozott. Sőt azon esetek, a melyekben úgy a süttetés, valamint a fürdés után külön-külön vizsgáltam meg a vörös vérsejteket, azt mutatják, hogy a fürdés már nem emelte, sőt egy-két esetben még csökkentette is a vörös vérsejtek mennyiségét. Ezen körülmény is a mellett szólna, hogy némely esetben már rövid fürdés alatt is folyadék szívódik fel a bőrön át. De ezt eseteimből kifolyólag még biztosan állítani nem lehet, mert erre csak 1–2 eset adatai utalnak és éppen ezeknél nem figyeltem meg ugyanakkor a súlyváltozásokat is.

Összesen 21 napfürdőről szereztem be az adatokat a vérsejtek mennyiségének változásáról (15 egyénnél összesen 50-szer számláltam meg a vérsejteket).

Az eseteket, a melyekben a vörös vérsejteket számláltam, 3 csoportra oszthatjuk: 1. csoport, a kiknél a vörös vérsejteket a szabad süttetés után, 2. csoport, a kiknél a szabad süttetés + bepólyázott süttetés után és 3. csoport, a kiknél azokat a fürdés után számláltam meg ismételve.

Vörös vérsejtszaporodás a napfürdő után minden életkorú egyénél mutatkozott, pl. 1. csoport: az 5. számú eset egy 60 éves férfi, kinél a szabad süttetés után a vörös vérsejtek 220 ezerrel, a 29. számú eset egy 36 éves férfi, kinél 270 ezerrel és a 30. számú eset egy $4\frac{1}{4}$ éves fiú, kinél 415 ezerrel megsaporodva mutatkoztak. Egy negyedik esetben 570 ezer, egy ötödikben 305 ezer volt a szaporodás a szabad süttetés alatt Ezen 1. csoport középszámai: 29 percnyi szabad süttetés után $46^{\circ}4'$ C. naphőmérsék mellett 365 ezer volt a szaporodás.

2. csoport. 12 esetben a szabad süttetés + bepólyázott süttetés után közvetlenül végeztem a második — illetve harmadik — vörös vérsejtszámlálást. Ezek közül két esetben a vörös vérsejtek szaporodása oly csekély volt, olyannyira a lehető hibák határán belül mozog, hogy semmisnek mondható: a 31. számú eset 30 + 15 percnyi süttetés után csak 5000-nyi szaporodást mutatott, igaz, hogy ez rendkívül kedvezőtlen időjárásnál történt, a mikor a napfényt cirrus strat.-ok gyengítették és a hőmérő a napon csak 31° C.-t mutatott. A második ilyen esetben (8. számú) 30 + 15 percnyi süttetés után 42° C. (tehát szintén gyenge, felhőzettel zavart) napsütés mellett csak 10,000-rel találtam megsaporodva a vörös vérsejteket. De a többi ezen csoporthoz tartozó 10 esetben már lényeges volt a szaporodás: a legcsekélyebb (6. szám 30 + 20 percnyi napfürdő $35-39^{\circ}$ C. mellett) 165 ezer, a legnagyobb (36. szám 30 + 30 percnyi napfürdő, $49-50^{\circ}$ C. mellett) 940 ezer, tehát közel 1 millió volt.

A 12 eset közepes számai (belevéve a semmis szaporodást mutató két esetet is): 327 percnyi szabad süttetés + 204 percnyi bepólyázott süttetés után, $43^{\circ}6'$ C. napsütés mellett (tehát gyenge napfürdő alatt) a vörös vérsejtek 410,400-zal szaporodtak. A két semmis eredményt mutató eset kihagyásával átlag 491 ezernyi, tehát közel félmilliónyi szaporodás mutatkozott.

IV. táblázat. A vörös és fehér vérsejtek száma 1 köbmilliméter vérben.

Datum	Az eset száma	A napf. tartama		A hőmér-sék		A vérvétel helye	A vörös vérsejtek száma				A szapo-rodás	A fehér vérsejtek száma			Minő volt a napf.?	Megjegyzés.
		szabad sütt.	bepóly. sütt.	a napon	Balaton		I. napfürdő előtt	II. a szabad süttetés után	III. a bepóly. süttetés után	IV. fürdés után		I.	II. III.	IV.		
VI/28.	2	30	30	43—45	22	j. 3. ujj körömp.	5115000			5820000	705000				közép	d. u. 6 órakor (5 $\frac{1}{2}$ órával
VII/3.	4	30	30	40—45	22 5	b. 3. " "	5295000			5480000	185000				gyenge	az ebéd, és 6 $\frac{1}{2}$ órával a napf. után) 6115000 vör. vs. arány 1:484, 1:480
4.	1	30	20	43	21 5	portio vag.	4550000		4730000	—	180000	9400	9800	—	"	
6.	3	30	—	37—45	21	j. 3. ujj körömp.	4525000		—	4995000	470000				"	
7.	1	30	20	46	21	b. 4. " "	4690000		5385000		695000				jó	
											220000					
13.	5	30	30	43—45	20	jobb fülezimpa	5500000	5720000	6225000	6115000	+505000				gyenge	
											—110000					
28.	6	30	20	35—39	22	" "	5040000		5205000		165000				"	
											10000				"	
30.	8	30	15	40—44	22	b. 4. ujj körömp.	5720000		5730000	5740000	+10000				"	
VIII/22.	7	40	10	51	25	tarkó	4325000		4680000		355000				jó	
23.	7	40	10	48	24	j. 3. ujj körömp.	4615000			4805000	190000				"	
25.	23	40	20	45	23 5	j. 3. ujj körömp.	4575000		4740000		165000				gyenge	
28.	29	35	—	35—41	22	bal láb nagy ujj	4490000		—	4595000	105000	9600		11800	rossz	arány 1:468, 1:386
31.	31	30	15	31	19	b. 4. ujj körömp.	3690000		3695000		5000	9600	9700		"	arány 1:384, 1:381
IX/2.	32	30	20	43	21 5	b. 5. " "	4730000		5270000		540000	9600	9800		gyenge	arány 1:492, 1:536
																* kis szűrésre és erős nyomásra: 3094000
2.	29	30	—	43	21 5	b. 4. " "	4950000*	5220000	—		270000				"	
4.	30	25	—	47—49	22	b. 5. " "	5010000	5425000	—		415000				jó	
5.	29	30	30	46—49	22	b. 5. " "	4965000		5510000	—	545000	7600	7400	—	"	arány 1:653, 1:744
6.	36	30	30	49—50	22	b. 5. " "	4500000		5440000	5435000	940000				"	
											—10000	6800	7300	7400	"	arány 1:662, 1:745, 1:734
9.	34	40	15	15—46	24 5	b. 4. " "	4130000		4770000	4775000	640000				"	
											+5000				"	
10.	36	30	—	49	24 5	j. 5. " "	5325000	5895000	—	—	570000	7000	7400	—	"	arány 1:761, 1:796
13.	29	30	—	48	23	b. 3. " "	5105000	5410000	—	—	30500				"	

3. csoport. Öt esetben csak a fürdés után számláltam meg másodszor is a vörös vérsejteket. Ezeknél a legkisebb szaporodás 105 ezer (37°50' C., tehát igen gyenge napfürdő után), a legnagyobb 705 ezer volt (43—45° C. napsütés mellett). A középértékek: 30 + 30 percnyi napfürdő után 44° C. napsütés mellett 331 ezernyi szaporodás mutatkozott.

Ha mind a három csoport közepes számaikat együtt számítjuk ki, átlagos 31 + 18 percnyi napfürdő után 45°8' C. közepes napsütés mellett (gyenge napfürdő) a vörös vérsejtek 1 köbmm. vérben átlag 387 ezerrel szaporodtak meg. Ez 8 százalékos szaporodásnak felel meg.

Négy esetben a napfürdő és a fürdés után is megszámláltam a vörös vérsejteket. Ezeknél az előbbi szaporodáshoz képest két esetben még 5 és 10 ezres szaporodás javult, más két esetben az előbbi szaporodás 5 és 110 ezerrel csökkent. Ha az 5, illetve 10 ezres különbségeket semmisnek tekintjük, marad mégis egy eset, a melyben a fürdés után a vörös vérsejtek száma lényegesen csökkent. Ezt csak a már előbb említett, a fürdés alatt történő vízfelszívódással tudnám magyarázni. Az mindenesetre bizonyosnak látszik, hogy a fürdés a napfürdő után már nem járul hozzá a vörös vérsejtek szaporodásához.

Ha az egyes eseteket egymással összehasonlítjuk, azt látjuk, hogy mennél intenzívebben süttött a nap, annál nagyobb volt aránylag a szaporodás. (Befolyással birt erre ceteris paribus a napfürdő tartama is.) Pl. a 29. számú esetben az első napfürdőben (35 percnyi süttetés 38°50' C.-nál) 105 ezer, második napfürdőben (30 percnyi süttetés 43° C.-nál) 270 ezer, harmadik napfürdőben (30 + 30 percnyi süttetés 47°50' C.) 545 ezer és a negyedik napfürdőben (30 percnyi süttetés 48° C.-nál) 305 ezer volt a szaporodás. A 7. számú esetben 48° C. mellett 190 ezer, 51° C.-nál ugyanoly hosszúságú süttetés után 355 ezer volt a szaporodás. Mutatják ezt a következő középértékek is. Ha azon eseteket tekintjük egy csoportba foglalva, a melyekben a hőmérsék a napon 46° C. (a jó napfürdő alsó határa) vagy ennél magasabb volt, szemben azokkal, a melyek 46° C.-nál alacsonyabb napsütés mellett használták a napfürdőt, azt találjuk, hogy a melyek 46° C.-nál vagy ennél magasabb fokú napsütésnél vették a napfürdőt, csak egy esetben volt a szaporodás csekély 190 ezernyi, a többi 8 eset-

ben 305 ezertől 940 ezerig, középértékben 516,600. Azon csoportban, a mely 31—45°90' C. között ingadozó napsütés mellett használta a napfürdőt, a legkisebb szaporodás 5000, a legnagyobb pedig 725 ezer, középértékben tehát 277,500 volt.

Tehát a 46° C.-nál alacsonyabb fokú napsütésnél a vörös vérsejtek szaporodása átlagosan csak félfannyi volt, mint az, a mely 46° C.-nál erősebb napsütés mellett mutatkozott.

Ha egy és ugyanazon egyénnél az egymásután használt napfürdők sorrendjében kísérjük figyelemmel a vörös vérsejtek mennyiségét, azt látjuk, hogy a vörös vérsejtek felszaporodott mennyisége a következő napfürdő elejéig megfogy ugyan, de nem esik vissza az eredeti számra, hanem bizonyos fokig megszorodva marad. Pl. a 7. számú esetben a VIII/22-dikén vett napfürdő előtt 4.325,000, utána 4.680,000, VIII/23-dikán a napfürdő előtt 4.615,000 vörös vérsejtet találtam köbmm.-ként. A szaporodás tehát 355,000 és a visszaesés csak 65,000 volt. Hasonlót mutat minden eset, a melyben több napfürdő előtt és után számláltam meg a vörös vérsejteket: a 29. számú esetben VIII/28., IX/2., IX/5. és IX/13-dikán az összes szaporodás 1.225,000, az összes visszaesés pedig csak 620,000, a tényleg megmaradó szaporodás tehát 605,000 volt. A 36. számú eset szintén ezt mutatja.

Mindezen adatok a napfürdő illetve szaka után közvetlenül megszámlált esetekre vonatkoznak. Csak egy esetben számláltam a vörös vérsejteket még egyszer (5 $\frac{1}{2}$ órával az ebéd) 6 $\frac{1}{2}$ órával a napfürdő után is, ezen esetben a napfürdő után constatált szaporodáson felül még 670 ezerrel találtam őket megszorodva. Tehát úgy látszik, hogy a vörös vérsejtek még a napfürdők utáni órákban tovább szaporodnak. E mellett szólna a 29. számú eset is, a melyben az 1-ső napfürdő végén 4.595,000 vörös vérsejtet találtam, öt nappal reá a 2-dik napfürdő előtt meg 4.730,000-et, tehát még többet, mint az előző napfürdő végén.

A fehér vérsejtek mennyiségét 7 esetben számláltam meg a napfürdő előtt és a napfürdő után. Ezen számlálást mindig a vörös vérsejt számlálás után $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ órával végeztem. Egy esetben (1. számú) a fehér vérsejtek szaporodása 400 volt (ugyanakkor a vörösek 180 ezerrel szaporodtak), a kétféle vérsejt aránya a napfürdő előtt 1:484 és utána 1:480 volt, tehát ez esetben nem változott. A 29. számú esetben 105 ezres vörös vérsejt-

szaporodás mellett a fehéreké 2200 volt; az arány 1:468-ról leszállt 1:386-ra. Más 4 esetben a fehér vérsejtek szaporodása 100 és 200 és kétszer 400 volt, ezek közül egy esetben a vörös vérsejtek szaporodásához viszonyítva arányos volt a szaporodás (31. eset 1:384 és 1:381), de a többi esetben a fehérek aránylag kevésbé szaporodtak, mint a vörösek (32. eset 1:492 és 1:536, 29. eset 1:653 és 1:744, 36. eset 1:662 és 1:745, 36. eset 1:761 és 1:796).

A napfürdő meg a vízfürdő után csak egy esetben számláltam meg még külön a fehér vérsejteket, ezeknek száma a napfürdő után 7300, a vízfürdő után 7400 volt, az arány 1:745 és 1:734. A különbség oly csekély, hogy eltekinthetünk tőle.

A vörös vérsejtek maximum szaporodása az eredeti mennyiség $\frac{1}{5}$ része, azaz 21%, az átlagos szaporodás 8% volt, a fehér vérsejtek maximum szaporodása az eredeti mennyiségnek nem egész $\frac{1}{4}$ része, tehát 25%, az átlagos $\frac{1}{16}$, azaz 6% volt.

Ezeket összefoglalva azt látjuk, hogy a napfürdő alatt a fehér vérsejtek is megszáporodtak, de ezen szaporodás aránylag csekélyebb volt, mint a vörös vérsejteké.

Megjegyzendő, hogy — mint az a IV. táblázatból látható — a vérsejtek számának a szaporodása a testfelület minden részén, még a fülcimpákon is, a melyek a verőfénynek nem voltak kitéve, mutatkozott. Egy esetben (1. számú) a portióból vett vérben szintén jelentékeny szaporodás mutatkozott (fürdés nélkül). Azt mondhatjuk tehát, hogy a napfürdő alatt a vörös (és fehér) vérsejtek száma az egész szervezetben megszáporodik.

A vörös vérsejteknek lényeges szaporodása magyarázza meg azt, hogy miért emelkedik a napfürdő következtében — mint az a fényhatásokra már be van bizonyítva (Moleschott, Fubini stb.) — az anyagcsere. (Ezzel és a bő izzadás által beálló vérbesűrűsödéssel lehetne magyarázni azt is, miért fogynak a napfürdő következtében a kövérek állandóan és miért nem fogynak, sőt gyarapodnak is, a soványak. A vérbesűrűsödése ugyanis bővebb nedváramlást idéz elő az összes szervekben az edények felé, tehát a felszívódás a bélben is élénkül. Ha a dolgot úgy fogjuk fel, hogy az elhízottak azért kövérek, mert ők a bekebelezett tápanyagokat lehető jól emésztik meg, de az élenyülés a szervezetben a rendesnél csekélyebb, úgy hogy többlet marad meg a szervezetben, és hogy a soványaknál éppen fordítva a tápanyagok felszívódása a rendesnél csekélyebb, míg az élenyülés — az elhasználás — a normálisnál nagyobb: akkor a napfürdők után mutatkozó paradox eredmény, hogy t. i. a kövérek végeredményben fogynak és a soványak gyarapodnak, elég könnyen magyarázható. A napfürdő t. i. a kövéreknél már úgy is lehető tökéletes felszívódást a bélből nem fokozhatja már lényegesen, de az élenyülést, a tápanyagok elhasználását, a vörös vérsejtek szaporítása által lényegesen emeli (innen a fogyás), míg a soványoknál a tápanyagok kihasználását a bélben történő felszívódás erőlyes fokozásával emeli, az élenyülést pedig mivel ezeknél ez már úgy is túlságos élénk, már nem fokozza oly nagy mértékben. Ez csak vélemény, a melyet concret vizsgálattal nem bizonyíthatok. Ezt csak azzal lehetne bizonyítani, ha ilyen esetekben az anyagforgalomra — emésztés, szénsav- és nitrogénkiválasztás — volna pontos számszerű adatunk. Az eseteket ilyen irányban technikai okokból nem volt alkalmam megvizsgálni, de ez az említett tényeken nem változtat.)

* * *

Ha már most a vérsejtek számát illető változásokat, a melyeket ezek a napfürdő előtt és után mutattak, azon adatokkal hasonlítjuk össze, a melyeket Winternitz és tanítványai¹ nyertek, a midőn a hideg- és melegvízalkalmazások ilyen irányú hatásait tanulmányozták, azt látjuk, hogy ezekkel bizonyos irányban egyeznek, más irányban meg eltérnek.

W. azt tapasztalta, hogy hideg alkalmazások után, vagy oly meleg alkalmazások után, a melyeket hideg applicatio követett (80 eset közül csak 1—2 negatív eredmény mellett), a vörös vérsejtek usque 1.800.000-rel megszáporodtak. (Az én eseteimben a legnagyobb szaporodás — igaz, hogy átlag gyenge napfürdők mellett — csak közel egy millió volt.) A fehér vérsejtek W. alkalmazásai után eredeti számuknak 2 és 3-szorosával szaporodtak.

¹ Allgem. Therapie, II. kötet.

Az én eseteimben pedig csak eredeti mennyiségük $\frac{1}{4}$ -ével gyarapodtak.

W. észlelései szerint közvetlenül meleg alkalmazások után (szekrénygőz, meleg fürdő, meleg ülőfürdő, meleg borogatás, sőt meleg villamos napfürdő után is) a vörös vérsejtek keveset megapadtak és csak később szaporodtak meg ismét csekély fokban.

Az én eseteim — dacára annak, hogy a napfürdő is meleg alkalmazás — azt bizonyítják, hogy már közvetlenül a süttetés után is lényeges vörös vérsejtszaporodás mutatkozik, a mely eredményen az utána következő hideg alkalmazás már nem változtat.

E szerint más meleg alkalmazások és a napfürdő hatása között lényeges különbség van. A napfürdő után a vörös vérsejtek szaporodása körülbelül olyan, mint W. hideg alkalmazásai után, csak a fehér vérsejtek szaporodásában mutatkozik különbség, a mennyiben ezek a napfürdő után arányosabban szaporodnak. A mit tehát hideg alkalmazásoknál a hideg inger eredményez, azt eredményezi a napfürdő alatt a fény ingere és épen ez okozza azt a különbséget is, a mely más meleg alkalmazás és a napfürdő között feltűnik.

Továbbá különbség még az is, hogy W. eseteiben csak az alkalmazás helyén lép fel vérsejtszaporodás, míg a napfürdő után a test egész felszínén, sőt a mélyben is mutatkozik.

A napfürdő után a vörös vérsejtek szaporodása, úgy mint W. hideg alkalmazásai után, még növekedett, sőt a megszáporodás bizonyos fokig állandó maradt. Az a körülmény, hogy a napfürdő után a vörös vérsejtek megszáporodása általános, a szervezetre nézve fontosabb következményekkel jár, mint a hideg alkalmazások után mutatkozó részleges szaporodás, mely más helyeken vörös vérsejtsökkenést von maga után, mert azt mutatja, hogy a napfürdő alatt a vörös vérsejtek összes mennyisége szaporodik meg, még pedig lényegesen; míg a hideg alkalmazásnál az egyik helyen fellépő pluszt a másik helyen mutatkozó minus az egész szervezetet tekintve — legalább nagy részben — megsemmisíti.

A napfürdő után fellépő vörös vérsejtszaporodást épen azért, mert általános, nem lehet olyképen magyarázni, mint azt W. az ő eseteiben teszi. W. eseteire vonatkozólag Grawitz az 1900. berlini congressuson azzal magyarázza a vérsejtszaporodást, hogy a hideg alkalmazások által a vér besűrűsödik; ezen besűrűsödés szerinte a véredények tonusának fokozódása következtében történik, mert a vérnyomás emelkedik és ezáltal savó préselődik ki az edényekből. Ez előttem nem nagyon valószínű, mert tudjuk, hogy ha bizonyos ingerekre a test egy részében a véredények összehúzódnak, akkor azok más helyeken compenzálólólag kitágulnak és viszont, és ezáltal az általános vérnyomás legnagyobb részben kiegyenlítődik (Cohnheim). Winternitz (Lehrb. d. allg. Ther. II.) a vérsejtszaporodásnak azt az okát tartja a legvalószínűbbnek, hogy a hideg alkalmazások által élénkült véráramlás a véráramba sodorja azon vérsejteket, a melyek kedvezőtlen vérkeringés mellett bizonyos szervekben stagnálnak. Azt kevésbé tartja valószínűnek, hogy új vörös vérsejtek ilyen nagy számban és ily rohamosan képződjenek. Glax (Jahrbuch d. pr. Med. 1900.) azt hiszi, hogy a Grawitz és Winternitz által említett okok együtt működnek, mert a vér besűrűsödését a fokozott vesekiválasztás is mutatja, de viszont beismeri, hogy ez a szaporodással nem áll arányban.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kir. m. tud. egyetemi idegklinikáról.
(Igazgató: Jendrassik Ernő ny. r. tanár.)

Az astasia-abasia gyógyításáról.

Irta: Hammer Dezső dr.

(Vége.)

III. W. J., 22 éves, gazdálkodó leánya. Szülei élnek, egészségesek, nem rokonok. Nagyszüleirol nem tud felvilágosítást adni. Nyolcz élő testvére egészséges, kettő meghalt. Egy anyai nagynénje 20 év óta beteg. Néha 2—3 hónapig igen nyugtalan, jár-ke, ilyenkor nem tudja hol, mért-földekre is elgyalogol faluról falura. Éjjel veri magát, énekel. Ezen nőnek, ki a klinikánkon is járt, gyermekei közül kettő megőrült, egy, a ki klinikánkra jár, ideges. A beteg fiatalabb korában mindig egészséges volt; sötét hajszíne van, kissé barnás bőre halavány.

Mostani baja 1898-ban kezdődött, a mikor egyedüli panasza

fehérfolyás volt. Ezen baját, a figyelmét arra igen erősen fordító beteg sok kezelésnek vetette alá. A szakorvosok hosszú sorozata váltotta fel egymást, klinikákra járt s kitarótan rendszeres helybeli kezelést végeztek rajta. A kezelés helybelileg eredménytelen maradt, de a beteg lelkében mind mélyebb nyomot hagyott a kellemetlen tünet s a hiába-való, izgató és túlzott szakorvosgyógyítás. A beteg e sokszoros kezelésben egyszerre csak nehezedni érezte lábait, izgatottá lett, a midőn 1900 nyarán orvosa Bártfára küldte. Azonban állapota itt is rosszabbodott, kedélye eleinte leverte volt, majd izgatottá vált s végre hysteriás elmezavarba esett, a mely nagy izgalommal járt, s elmesanatoriumban való elhelyezését tette szükségessé. Betegségének ezen idejére nem tud visszaemlékezni. Baja ott lassan javult, s mintegy 5 hónapi kezelés után elmebaja elmúlt. Ekkor nagyon gyenge volt, s nemsokára újra kezdte a baj alapjának vélt fehérfolyás gyógyítását, hol a fővárosban, hol a vidéken. Ezen közben járóképessége nagyon fogyott, s 1901 elején már ágyba került, sőt még az ágyban is tehetetlenné vált. 1901 márcziusban ismét Budapestre jött. Ekkor egy sanatoriumba került, a hol 3 1/2 hónapi kezelés után állapota annyira javult, hogy kezeit már kezdte használni, s némi segítséggel fel is tudott ülni ágyában. 1902 novemberben vétette fel magát az idegklinikára.

A jól fejlett és jól táplált, kissé halvány beteg mellkasi és hasi szervei épek, csak az ovariumtájak fájdalmasak nyomásra. Étvágya gyenge, széke rendetlen, vizeletében semmi rendellenes. Vaginájából bőven ürül ki higabb és fehéres váladék, a melyben igen kevés geny-sejt van, gonococcus nincsen. Méhe fejletlen, nyomásra kissé érzékeny.

Az izomrendszer vizsgálatánál kitűnik, hogy a karok és kezek úgy hajlító, mint feszítő izmai kissé gyengék, egyébként azonban a beteg szabatos mozgásokra használhatja azokat. Törzsökének izomzata is gyenge, úgy hogy a beteg meglehetősen tehetetlenül fekszik ágyában, de némi erőlködéssel mégis képes felülni. Alsó végtagjait is korlátozottan használja, térdeit elég nehezen húzza fel, s a cizemboknak egymástól való távolítása, felemelése egyaránt igen nehézkesen megy végbe. Ha térdeit akarja felhúzni, cizembjai erősen addukálnak. Fekvő helyzetben kinyújtott alsó végtagját alig 20 cm.-re képes csak fel-emelni. Alsó végtagjainak mozgása oldal felé, s térdeinek egymástól való eltávolítása aktíven nagyon korlátozott, s úgy ezen mozgásoknál, mint az alsó végtagok bármely más passzív mozgásánál is igen erős ellenállást érezünk. Nyugodt fekvésben lábait kissé lólábtartásban tartja, s azokat felhajlítani nem képes teljesen. A láb felhajlítása passzíven is csak igen nagy erővel sikerül. Az alsó végtagok izmai is, mint a test többi izmai, jól fejlettek, tömöttek, csak az alszár látszik kissé vékonyodottnak. A jobb oldali alszár legnagyobb körfogata 31 cm., a balé 30 cm. Az alsó végtagok izmai úgy tapintásnál, mint mozgásnál fájdalmasak. Az izmok villamos reakciója jó.

Az izmokon tehát a mozgási tehetetlenséggel szemben feltűnő erős ellenállás mutatható ki passzív mozgatási kísérletek alkalmával. A mozgászavar azonban legfeltűnőbb lesz, ha megkíséréljük a beteget ágyából kivenni. A mint lábait a földet éri, a tehetetlenség a legnagyobb fokot éri el, egész teste a legnagyobb mértékben elerőtlenedik, úgy hogy két egyén is alig tudja megakadályozni, hogy a földre ne terüljön el. Lábai nemhogy meg akarnák támasztani testét azon erővel, a melyet a passzív mozgás ellenében gyakorolnak, hanem a járási kísérlet pillanatában teljesen elvesztik helyes beidegzésüket, a földön ide-oda dobálóznak, kicsúsznak, s ekkor két segéd sem képes valamiképen is lábaira állítani a beteget, annyira nagy a rendes mozgás beidegzési tehetetlensége.

Az érzésben eltérés nincsen, a reflexek kiválthatók, élénkek; az érzékszervek jók.

A beteg kedélyállapota igen változó. Általában elég élénk, azonban igen sokszor siránkozó hangon panaszkodik, s betegségének hosszú tartása miatt nem bízik felgyógyulásában.

Kezelés: tejdiéta, később rendes és bő táplálás, általános faradozás, az alsó végtagok masszálása, az étvágy fokozása amarummal és a szék rendben tartása. Pár napi ilyen kezelés után megkezdjük a rendes gyakorlatokkal való járás tanítását, a mi ezen betegünkön, valamint a IV. és V. esetben is, igen fáradságos és sok türelmet kívánó munka volt. Legelső gyakorlatként naponta két órára háromszögletű párnával feltámasztottuk térdeit olyan módon, hogy a térdek közé szintén párnát helyeztünk a távolított helyzet elérésére, a mint ezt fennebb leírtam. A láb szokatására, hogy az ne maradjon a lólábtartásban, szintén párnát helyeztünk, a melyre a láb támaszkodott. Ezen gyakorlat kiegészítésül szolgált a pihenés után való kiültetés székre, a lábának ugyanolyan módon való feltámasztásával. Pár nap múlva ezután a rendszeres gyakorlatokat foganatosítottuk sorrendben, mint az fent le van írva.

Ilyen módon értük el azon eredményt, hogy négy hónap lefolyása alatt betegünket ezen súlyos állapotától, a mely két éven át ágyban tartotta, megszabadítottuk; 1903. márczius 5-dikén már jól tudott járni, a mikor is elhagyta a klinikát. Azóta június 12-dikén jelentkezett ismét. Járása teljesen jó.

IV. F. J., 22 éves, könyvelő leánya. Nagyszüleiéről annyit tud mondani, hogy igen öreg kort értek el. Szülei élnek, egészségesek, nem rokonok. Őt élő testvére egészséges, kettő kis korban, egy 29 éves korban tüdőgyulladásban halt meg. Gyermekkorában kevésbé volt, akkor igen sokszor fájt a feje, szédült, nagyon gyenge volt. Ezen állapota hat évig tartott, de azóta is igen sokszor szenved fejfájásban. 1902. márcziusban beteg lett. Kezei és lábai állítólag megdagadtak, igen erős fájdalmak voltak, melyek mozgás közben fokozódtak s ő maga nem is tudta végtagjait mozgatni. Mint a beteg mondja, akkor csúza

volt. 1902. áprilisban állítólag baloldali mellhártyagyulladás támadt, erős lázzal és a bal oldalában heves szúrásokkal. 2 1/2 hónapi fekvés után kezeit tudta ugyan használni, bár azok is gyengék voltak, de járni, lábára felállani nem tudott s ágyában felülni sem volt képes. 1902. novemberben kezdett vele orvosa foglalkozni, mostanáig (1903. február 2.) ülni valahogy megtanult. Görcsei sohasem voltak.

A jól fejlett, de kissé lesoványodott beteg bőrszíne feltűnően halvány, szíve ép, a tüdők felett mindenütt kissé érdes a légzés. Hasi szervei épek, de az ovariumtájak nyomásra igen érzékenyek. Étvágy gyenge, szék rendetlen, vizeletben rendellenes alkatrészek nincsenek. Kis fluor.

Az izomrendszer vizsgálata közben azt találtuk, hogy a felső végtagok mozgásai gyengék, erőteleneek, a hasizmok nagyon gyengék, ágyában felülni kapaszkodás nélkül nem tud és így is igen nehezen. Az alsó végtagok mozgásai nagyon nehézkesek. Az alsó végtagjait tördben behajlítva fel tudja ugyan húzni fekvő helyzetben s oldalmozgásokat is tud végezni, azonban mindezen mozgások igen lassúak és az izmok összehúzódása nem egyenletes, nem addig tart, míg a teljes mozgást elvégezték, hanem rövid ideig tartó összehúzódásokkal szakaszokban végzik el az alsó végtagok mozgását. Az alsó végtagok ilyen behajlítása közben a térdek befelé fordulnak s ilyen helyzetben térdeit egymástól eltávolítani egyáltalán nem tudja. Kinyújtott alsó végtagjait felemelni nem tudja, valamint azokat egymástól eltávolítani sem. Nyugodt fekvés mellett az alsó végtagok kinyújtott helyzetben vannak, a térdek összehúzódnak, a lábak, mint előbbi betegünkénél is, a talp felé nyújtott helyzetben vannak; a lábak passzív felhajlítása igen erős ellenállásba ütközik. Az alsó végtagok passzív mozgásában ellenállást alig találunk, az izmok petyhüdték, kinyújtott helyzetben felemelve és elbocsátva, azok erőtlennül, tehetetlenül esnek vissza az ágyra, felemelve tartani azokat még biztatásra sem képes. Az alsó végtagok aránylag soványak. A beteg járni nem tud, sőt segítség nélkül megállni sem, így is csak pillanatokig, mert mindkét alsó végtagja térdben minduntalan becsuklik. Álló helyzetben, két oldalt tartva, lábát nem képes semmi irányban sem felemelni. Nagyon nehéz ezen beteget is álló helyzetben megtartani, mert alsó végtagjai folyton rángatóznak, kapálóznak.

Érzési eltérés nincsen, a látótér szabad, a reflexek igen élénkek, a patellareflexek kiváltásakor a vállak is megrezdülnek. Ovariumtájak nyomásra érzékenyek.

Kezelés: amarum, székét szabályoztuk, általános faradozás, tej. A gyakorlatokat ezen beteggel is fekvő helyzetben kezdtük.

Fáradásunknak két hónap alatt eredménye lett s a beteg április 7-dikén, egy évi fekvés után, gyógyultan hagyta el a klinikát.

V. F. Julia, 34 éves, szabónő. Nagyszüleiéről nem tud felvilágosítást adni. Szülei nem élnek, atyja mellbetegségben 59 éves korában, anyja fiatalon gyermekágyban halt meg. Úgy hallotta, hogy anyja gyakran szenvedett fejfájásban. Négy testvére halt meg, kettő kis korban, egy 37 éves korban ismeretlen bajban, egy pedig 7 éves korában. A beteg fiatal korában sokszor szenvedett fejfájásokban, a mikor is fejét „sósorszeszszel locsolták s ezért megöszült”. Sokszor zúgott a feje, szívdobogásai voltak. Fiatal korában is ingerlékeny, ijedős, félénk volt. Görcsei sohasem voltak. 1894-95 táján több ízben állítólag 3—4 napig nem tudta száját kinyitni, nem tudott beszélni, nyelni. 1902-ben télen nagyon beteg volt. Igen nagy fájdalmak voltak, nem tudta kezét lábát kinyújtani, s ezek meg voltak dagadva.

Ekkor 3 hétig fektült. Gazdája *grófnő baját valami „fluidummal” gyógyította, „a mit a lovaknál szoktak használni”. Később tüdőgyulladása volt, s ekkor 2 hónapig kórházban fektült, 1903. január végén. Már itt a kórházban nem tudott járni, felállani is csak nehezen és csak segítséggel, mert térdei roskadoztak. A kórházból hazament, mivel azonban állapota nem javult, 1903. április 24-dikén klinikánkon vétette fel magát.

Mostani panasza, hogy nem tud járni, lábaira felállani és hogy zúg a feje, „mintha folyton vizesést hallana”.

Kedélyállapota vonatkozólag azt mondja, hogy mindig vig volt, szerette a jókedvű társaságot. Nagyon szeret olvasni, de csak komoly dolgokat, nem regényeket, mert „hiszen úgy is elég regény ez a rongyos élet.” „Egy kis történelmet, s más hasznos dolgokat” olvas. Nagyon vallásos, szeret imádkozni. Sok imádságos és más vallásos könyve van. Zarándokutakat már többször tett, így volt Rómában, „láttam a pápát”, volt Lorettóban és Mária-Czell-ben is.

A jól fejlett és jól táplált beteg bőrszíne igen halvány. Mellkasi és hasi szervei épek. Étvágya gyenge, széke rendetlen, vizelete rendes.

Az izomrendszer vizsgálata kiderítette, hogy fekvő helyzetből felülni még kezeinek segítségével sem tud, bár hasizmai jól összehúzódnak; alsó végtagjait semmi irányban sem képes megmozdítani aktíven, passzíven pedig igen erős ellenállást fejtenek ki az izmok, a mely ellenállást csak nagy erővel lehet legyőzni. Alsó végtagjait az ágyról felemelni teljesen képtelen. Felállítván, még segítséggel is csak egy-két pillanatig tud állni, mert térdei roskadoznak, becsuklanak, lábai kiszaladnak alóla. Álló helyzetben lábait mozgatni nem tudja.

Ezen kívül szervezetében semmi kóros eltérés nincsen. Reflexei élénkek, érzészavar nincsen, látóterei szabadok. Ovariumtájak nyomásra igen érzékenyek.

Kezelés: tej, erős táplálás, spanyolfalas elkülönítés, járási gyakorlatok.

Ezen betegünkénél a járási gyakorlatok nehezen mentek. Először nem tudta lábait helyükből kimozdítani. Lassanként sikerült suggerálni,

hogymár fogja tudni; valóban megindult, de ekkor nem tudott más-kép mint a sarkán járni. Később, mikor a spanyolfalat ágyától elvettük, rosszabbodás állott be, járás közben ugyanis elég hamar indult ugyan el, de csak egy-két lépést tett előre, s három-négy lépést hátrafelé támolygott. Ezért egy időre ismét spanyolfallal vettük körül az ágyát és csak a gyakorlatok alatt volt szabad kijönnie. Ezután már gyorsabban haladtunk s két hónapi klinikai tartózkodás után ezen betegünk is gyógyultán távozott.

Ez volt az az öt eset, melyben az astasia-abasia hosszabb vagy rövidebb fennállása után, a spanyolfalas elkülönítéssel és a gyakorlatokkal gyógyulást tudtunk elérni. Hogy eredménye munkálkodásunknak tartós, mutatja az, hogy betegeink közül néhány hosszabb idő múlva, midőn ismét mutatkoztak a klinikán, teljesen jól járt; s hogy a legsúlyosabb esetekben, mikor a gyógyítás megkísérlésétől, mutatja az, hogy eseteink többnyire olyanok, melyekben mindenféle kezelés megkíséreltetett, sőt a gyakorlatokkal való kezelés is és fáradozásunk a klinikai milieuban mégis eredményre vezetett. Ajánljuk az astasia-abasia kezelésére ezt a módot, melyet az idegklinikán alkalmazunk.

Törvényszéki orvostan.

Törvényszéki orvosi esetek.

Közlő: *Fialowski Béla* dr., kir. törvényszéki orvos, vármegyei tb. főorvos Nagybecskerekben.

(Folytatás.)

A magzat hullájának bonczolata megerősíti a nyomozat azon adatait, hogy itt a magzat mesterségesen lábánál fogva húzatott ki, és pedig megerősíti az által, hogy a jobb alszár kiterjedt felhámlehorzsolást mutatott, a mi a magzatnak a lábra való fordítás alkalmával való szükség szerű erős megragadása következtében jött létre, sőt a lábra való fordítás eszközlése alkalmával a magzat testrészeinek az anyaméhben való kikutatása alkalmával sérülhetett a bal karján is jelentéktelen módon.

A magzatnak a rendes helyzetbe való mesterséges hozatala, azaz fordítása és az azt nyomban követő kihúzása képes a méhszakadás beálltát megakadályozni, megelőzni. Adott esetben is a szülés így folyt le, sőt, mint a köldök alákötöttsége és a méhlepény rendes eltávolított-sága mutatja, szabályszerűleg fejeztetett is be.

Mindezek dacára meg nem állapítható, hogy miért és mikor jött létre a méhszakadás, főleg nem állapítható az meg, mert nem tudni, kellő időben hivatott-e az orvos és minő állapotot talált ez. Mindezek meghatározhatása végett a közreműködő szülésznők és az orvos pontos szak szerű kihallgatása szükséges, annál is inkább, mert ilyen méhátzakadás a legnagyobb elővigyázat mellett is beállhat.

A bonczolás adatai alapján a gondatlanságból okozott emberöléssel gyanúsított özv. K. F.-né elleni ügyben részletes nyomozatot eszközölt a vizsgáló bíró s az ennek folyamán kihallgatottak a következőket vallatták:

P. dr. b. i. körorvos előadta, hogy a szülönőnél a vizsgálat alkalmával a méhszáj el volt tűnve, a magzatvíz elfolyva, a magzat könyöke elő volt esve és placenta praevia volt jelen, mert a placenta a méhszáj előtt volt, melyet félre kellett tolni, hogy a szülést elősegítse. A placenta praevia abból keletkezett, hogy a magzat keresztbe feküdt és az ebből keletkező szülési fájdalmak folytán a szülés folyama alatt, illetve azt előzőleg is leválhatott. A magzat fordítása könnyen sikerült, a magzat és a lepény szabályszerűleg el lett látva. A szülönőn rupturát nem észlelt, hogy miképen állhatott az be, nem tudja. A szülés után a nő állapota kielégítő volt.

V. dr. t. i. községi orvos előadta, hogy öt csak akkor hívták, midőn P. dr. a műtétet már elvégezte, s azt közölte vele, hogy „placenta praevia súlyos esete forog fenn“. A szülönő nagyon el volt gyengülve, pulsusa alig volt tapintható, veszély feltétlenül látszott.

Özv. H. I. okleveles szülésznő előadta, hogy öt harmadnapra hívták, akkor a méhszáj már el volt tűnve, a magzatvíz nem volt meg, „a méhlepény meg volt fordulva, azaz a belső része volt kifelé s a magzat nem méhlepényben volt, hanem különválva“ s a magzat keresztbe feküdt s így ő a szülést veszélyesnek jelezte. A szülönő nem vérzett, nem jajgatott. Ö rögtön orvos hívását kívánta, de a szülönő nem akarta s csak hosszú rábeszélésre hívtak orvost, de akkor sem a helybeli, hanem a szomszédos körorvost, a ki a magzatot kivette. Ekkor semmi rendellenesség nem látszott, később nyelve, ajka, arca, fehér, sápadt lett, „elvérzést mutatott“.

Özv. K. F.-né szül. B. R. 73 éves czédulás bába, az elhaltat, miután az neki unokatestvére, meglátogatta, de nem mint bába, hanem mint rokon s csak 1/4 óráig volt ott, nem vizsgálta meg, a dologról nem is tud semmit.

D. A.-né szül. K. A. 49 éves t. t. i. lakos, előbbinek leánya, az elhalt kívánságára bábáskodni ment a házhoz, mert a többi gyermeknél is ő bábáskodott. „Ö rögtön felismerte kívülről a tapogatás útján, hogy a gyermek keresztben fekszik s halva van“, s erre a szülönőt és ennek

férjét figyelmeztette s orvos hívását szükségesnek mondta, de a szülönő nem akart orvost, sem okleveles szülésznőt, főleg a helybelit nem, s csak másnapon egyezett bele, hogy okleveles bábát és orvost hívjanak. Ottléte alatt a szülönő nem jajgatott, kevésbé vérzett, vérzése nem volt nagyobb a rendesnél.

B. I. 49 éves t. t. i. lakos, az elhunyt férje, előadta, hogy neje nem akart okleveles szülönőt és orvost.

Ezen kihallgatások kapcsán az ügyési indítvány folytán a vizsgáló bíró az iratok egyidejű betekintése mellett pótvéleményt kívánt a tekintetben, hogy „a terhelték eljárása, illetve mulasztása s a bekövetkezett halál között okozati összefüggés megállapítható-e?“

Mire a következőket nyilvánítottuk ki:

Vizsgálóbírói felhívásra a fenti bonczolatok leletei kapcsán adott fenti véleményünkhöz az azóta folytatólagosan megejtett nyomozati adatok áttanulmányozása és az előzőkkel való egybevetése után a következőkkel egészítjük ki eredeti véleményünket.

Ma is fenntartjuk és fenn kell tartanunk azt, hogy az adott esetben placenta praevia centralis nem volt jelen a megvizsgáltnál, s ezen állításunkat a bonczolati adatokon kívül a nyomozati adatok is beigazolják azzal, hogy a szülést megelőző időszakban az ezen időben a szülönőnél volt s mellette tartózkodó mindkét szülésznő szerint a szülönő nem vérzett. Már pedig placenta praevia centralis esetében nemcsak nagy vérzések vannak folyton a szülés előkészítő stadiumában, hanem a szülésnek ily hosszú lefolyása mellett a szülönő a szülést megelőzőleg el is vérzik.

Adott esetben tényleg elvérzés folytán halt el ugyan a szülönő, de ezen elvérzési halál már csak a szülés után 19 órára állott be, miért is, miután sem a bonczolás, sem a nyomozás adatai a placenta praevia felvételét be nem igazolták, úgy a szülést 19 órára követő elvérzési halált a bonczolás alkalmával talált nagyfokú méhrepedésből eredőnek kell jelenleg is jelezniünk.

Méhrepedés ily, a mint szakszerűleg nevezzük: „elhanyagolt“ azaz hosszantartó harántfekvéseknek, mint a minő az adott eset a nyomozati adatok szerint feltétlenül volt, a méhből természetes módon kijutni nem bíró magzat által a szülés folytán összehúzódott méhnek rendkívüli megfeszítése következtében a szaksegélynek nem kellő időben való igénybe vétele esetén szokott a leggyakrabban létrejönni.

S így adott esetben is a szaksegély igénybe vételének túlkésőre való halogatása lehetett a méhrepedés oka, mely túl hosszú várakozásra illetve későre való halogatásra első sorban és leginkább maga a szülönő adott okot az által, hogy a kellő felvilágosítások dacára eleinte vonakodott egyáltalán orvosi segélyt igénybe venni, később pedig a kéznél levő községi orvost nem akarta „magához engedni“. S így ezen méhrepedés azon idő alatt állhatott be, míg a távoli községből hívtat szomszédos orvos a szülönőhöz érkezett, legalább erre látszik mutatni azon körülmény, hogy P. dr. már vérszegénységnek találta volna a szülönőt.

Ezek után a kir. ügyész a gondatlanságból okozott emberölés vétségei miatt gyanúsított özv. K. F.-né szül. B. R. elleni ügyben a nyomozatot a Bp. 101. §. 1. pontja² alapján megszüntette, „minthogy a szakértők véleménye szerint B. J.-né H. F. a kései szak szerű segély miatt meg nem akadályozható elvérzés folytán halt el, s minthogy e szak szerű segély kései igénybevételét maga az elhalt okozta: büntetendő cselekménye nem állapítható meg.“

(Folytatása következik.)

Közegészségügy.

Az egézségügyi személyzet törzskönyveinek a m. kir. központi statisztikai hivatalhoz való felterjesztése. 1904. IV. a. 1904. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi törvényhatóságnak.)

Hivatali elődömnök a közegészségügyi statisztikai adatok beszállgatása tárgyában 1898. évi november hó 26-dikán 120,528/VI. a) sz. a. kelt s annak idején a törvényhatósággal közölt körrendelet 3. pontjának utolsó bekezdésében foglalt azon intézkedést, mely szerint a közegészségügyi statisztikai adatok könnyebb ellenőrzése érdekében elrendelt I., II., III., IV. és V. számmal jelzett törzskönyvek másolati példányai minden év február hava végéig a vezetésem alatt álló belügy-ministeriumhoz voltak beterjesztendőek, ezeannel akként módosítom, hogy a szóban forgó másolati példányok a folyó évtől kezdve, tehát már azok is melyek az elmúlt 1903-dik évről vezetett törzskönyvek alapján folyó évi február hó végéig volnának ide beterjesztendőek, többé nem a vezetésem alatt álló belügy-ministeriumhoz, hanem a közegészségügyi statisztikai anyaggal együtt a m. kir. központi statisztikai hivatalhoz lesznek beterjesztendőek.

Miről tudomásvétel s a törzskönyvek vezetésére kötelezett tiszti főorvosok megfelelő utasítása végett oly megjegyzéssel értesítem Czimet, hogy hivatali elődöm fent idézett körrendeletében foglaltak egyéb tekintetben továbbra is változatlanul érvényben maradnak.

Budapest, 1904. évi január hó 22-dikén.

A miniszter meghagyásából Chyzer s. k., ministeri tanácsos.

¹ Btkv. 290. §: A ki gondatlansága által embernek halálát okozta: az emberölés vétségét követi el és három évig terjedhető foga házzal büntetendő.

² B. P. 101. §. 1. pontja: A nyomozás megszüntetendő, ha bűncselekmény nem forog fenn.

Tárca.

Swedenborg.¹

Swedenborg nevét ma már kevesen ismerik, s e név azelőtt is, mint a spiritismus és occultismus egyik megalapítója, inkább hírhedt, mint híres volt. Újabban azonban többen átvizsgálták Swedenborg irodalmi hagyatékát: nyomtatásban megjelent nagyszámú és terjedelmes műveit és a stockholmi tudományos akadémiában megőrzött kiadatlan kéziratait, s e vizsgálatokból tudományos egyéniségének és érdemeinek új képe tárul fel előttünk. Kiderül, hogy e tudósban, ki 1688-ban született Stockholmban és 1772-ben halt meg ugyanott, a XVIII. század egyik leglángesebb, korát messze túlszárnyaló természetbölcselőjét és biológusát kell tisztelnünk.

Swedenborg képét eddig leginkább irodalmi tevékenységének második szakasza homályosította el. Mert úgyszólván két Swedenborgot lehet megkülönböztetni. Az egyik az a genialis és, bár elméleti okoskodásokra hajló, de mégis realis alapon álló, széles szemhatáru természettudós, ki csodálatunk tárgya. 1745-ben azonban az 57 éves Swedenborgon nevezetes változás megy végbe: az exakt tudomány talaját végkép elhagyva, mystikus irányba csap át, Szent János apocalypsisát kezdi magyarázni. S ezzel az ő természettudományi s egyáltalán komolyan számbavehető tudományos tevékenysége lezárul, habár utána még a művek nagy sorát tette közzé. Érdekes tanulmány volna ezt az átalakulást a psychopathologia szempontjából, az átmeneti időre eső művek elemzése segélyével szemügyre venni, mert alig lehet kétséges, hogy ez az irányváltozás, melynek hasonmását Zöllner, a híres német physikus ismert esetében látjuk, ilyen szempontból magyarázható. Sajnos, ennek a második, pathologikus szakasznak termékei sokkal nagyobb hatást keltettek az előbbinél: ezzel az elmebeteg Swedenborggal száll szembe Kant egy külön értekezésében, („Träume eines Geistersehers“ 1766) reáesítve ezzel a Swedenborg névre a visionarius fantasta bélyegét, ez a Swedenborg lett művei útján alapítójává egy külön sectának, mely Angliában és Amerikában még mai nap is fennáll.

Minket itt természetesen Swedenborg irodalmi tevékenységének csak az első fele érdekel. Bámulatos Swedenborg sokoldalúsága, mely felöleli úgyszólván a szervetlen és szerves világot a maga egészében. Első művei csakis a szervetlen világ terén mozognak. „Opera philosophica et mineralogica“ című művében, mely 1734-ben jelent meg, Swedenborg többek között a kosmogoniának egy új elméletét fejt ki, még pedig egy „nebula“-elméletet, melylyel megelőzi Kantot és Laplacet. Elméletet állít fel a fényről is, melyet az aether undulatioiból magyaráz. A mindenségről egy molecularis elméletet fejt ki, mely csodálatos előfutárja napjaink nagy feltűnést keltett gyermekének, a stereochemia tanának.

Nagy jelentőségűek geológiai és palaeontológiai dolgozatai is, melyekkel korát tetemesen megelőzi, s melyekben nemcsak elméletekkel, hanem számos pozitív új észlelettel is találkozunk. Így többek közt leír számos megkövesült növényt és kimutatja, hogy Svédország középső része hajdanta tengerrel volt borítva; ebből érthető, hogy a szárazföld magasán fekvő pontjain is tengervízi kagylók és csethalcsontok (Balaena Swedenborgi) találhatók.

Miután sok éven keresztül csak a szervetlen világgal foglalkozott, lassanként áttért az élet jelenségeire. Hatalmas vagy szárnyalta lelkét a természet összes tűneményeinek megismerésére és megértésére. Már Olaszországban tett tanulmányútja alkalmával foglalkozott az anatómiával és élettannal, és ez időtől fogva teljesen a biológiának szentelte magát, elméjének végzetes és mondhatni tragikus elhomályosodásáig.

Első ez irányú megfigyeléseit és elméleteit egy nagy anatómiai és physiologiai műben teszi közzé, mely „Oeconomia regni animalis“ címen 1740–1741-ben jelenik meg. 1744–1745-ben újabb nagyobb művet ad ki „Regnum animale“ címen. Közben számos rövidebb értekezést ír különböző anatómiai kérdésekről, különösen az agyvelőről s az idegrendszer egyéb részeiről.

E művekben Swedenborg nemcsak mint éleseszű elmélkedő, theorizáló természettudós áll előttünk, hanem mint jeles és szabatos megfigyelő is. Sajnos, hogy önálló pozitív megfigyeléseire nem vetett elég súlyt, nem írja le azokat elég részletesen s nem érzékíti azokat a kellő illusztrációkkal. Nyilván összes igyekezete csak az igazság kiderítésére irányult s minden hiúság és hírnév utáni vágy távol állott tőle. Csak egy vágy foglalta el egész bensőjét: az, hogy megoldja a lét legfőbb problémáit. Ezen igyekezete őt csakhamar a természet legmagasztosabb alkotása, az emberi öntudat székhelye, az agyvelő elé vezette. Hogy e szervet megismerje s ezzel megközelítse a lélek megismerését, nem kimélt sem időt, sem fáradságot. Ez irányú műveiből, ha kihámozzuk értékes alkotórészeiket korának egynémely tévedéséből, azt látjuk, hogy Swedenborg az agyvelőnek nemcsak az akkori irodalmat ismerte kiválóan, hanem magát az agyvelőt is, a melyet nemcsak a boncolás módszerével vizsgált meg, hanem a melyen kísérletezett is. Ő az első, a ki ismeri és leírja a liquor cerebro-spinalis, az agyvelő gyomrainak összefüggését a subarachnoidealis üregekkel s a gerincvelő központi csatornáját. Már 1734-ben kifejti azon nézetét, hogy a lelki működések székhelyét a féltekéket beborító szürke állományban, az agykéregben kell keresnünk s e nézete, mely ellentétben állott korának valamennyi, a lélek székhelyére vonatkozó elméletével, vörös fonálként húzódik végig az agyvelőre vonatkozó összes dolgozatain. Sweden-

borg tehát és nem Gall az első, a ki ezt a fontos tényt felismerte, melynek egészen alapos bebizonyítása persze csak a XIX. század munkásságának köszönhető.

Az agykéreg Swedenborg szerint rendkívül sok apró, szabad szemmel nem látható, tojásdad alakú részecskékből áll, melyeket hol glanduláknak, hol sphaeruláknak nevez. E kis részecskéket egy másnemű alapállomány kapcsolja össze és egyesíti helyenként csoportokká, a mi által létrejön az agyvelő durvább tagolódása. Minden sphaerula egy-egy rostba megy át, mely a fehér állományba térve, lefelé halad a féltekéken, agyszárakon, nyúltvelőn s végül a gerincvelőn keresztül, s az idegyökerek s környéki idegek útján a test különböző szerveibe, a mirigyekbe, az izmokba, a bőrbe jut s itt végződik. E finom rostokat egy összekötő anyag a peripherián nyalábokká egyesíti, a melyeket kívül az agy- és gerincvelő burkainak folytatásai hűvelyeznek be: így keletkeznek a peripherikus idegek. Az idegrostok idegfluidumot vezetnek, a mely az agyvelő szürke állományában, annak „animatio“-ja által keletkezik s mozgási energiáját is ott nyeri. Ki ne ismerné fel e nézetekben az analógiát mostani felfogásainkkal? Sőt mondhatjuk, hogy már a neuron-tan csiráit is fellelhetjük e fejtegetésekben!

De még sokkal csodálatosabbak és úgyszólván látványos ihletségről tesznek tanúságot Swedenborgnak azon fejtegetései, a melyekben azt tárgyalja, hogy az agykéreg különböző helyei nem egyforma jelentőségűek, hanem hogy a kéregben, különösen a mozgató működésekre nézve, bizonyos localisatio áll fenn. Kiemeli, hogy az akaratunk befolyása alatt álló összes mozgások székhelye az agykéreg; ennek áll hatalmában tetszése és kiválogatása szerint hatást fejteni ki a belőle eredő rostokra és rostnyalábokra és ezek útján az összes peripherikus idegekre és izmokra és az utóbbiakban mozgást létrehozni: „Ut cerebrum ex suo cortice, ut a motus principio, possit, quas velit, fibras, nervos et musculos excitare“. De e motorikus középpont ismét kisebb alosztályokra oszlik fel, a mennyiben a kéreg más-más pontjai más-más izmok felett uralkodnak. Swedenborg az agyvelőt másként osztotta be, mint a hogy azt ma szoktuk. A féltekéken három karélyt különböztet meg: egy felsőt, a mely a féltekék felső éle mentén húzódik el, ez alatt egy középsőt és még lejjebb egy alsót. Vizsgálataiból azt a meglepő eredményt vonja le, hogy a test alsó részeinek, azaz az alsó végtagoknak izmai a felső lobusban, a has, mellkas és felső végtag izmai a középsőben és a fej és arez izomzata a harmadik, alsó lobusban birja centrumát. Swedenborg tehát nemcsak határozottan kifejti azt a tételt, a mely ma Fritsch és Hitzignek 1870-ben közölt felfedezése óta a physiologia elfogadott igazsága: hogy az agyvelő kérgében külön elhatárolt mozgató központok vannak, hanem e középpontok helyzetét is nagyjában már helyesen állapítja meg! Műveiből és kézírataiból nem állapítható meg biztosan, vajon e nézeteire csak elmélkedés útján jutott-e vagy önálló pathológiai és kísérleti megfigyelések útján, de az bizonyos, hogy értekezéseiben több helyen utal arra, hogy csakis állatokon végzett kísérletekkel dönthető el az a kérdés, hogy mily tekervények felelnek meg az egyes izomcsoportoknak. Így a „Oeconomia regni animalis“ című 1741-ben megjelent művében a következőket mondja: „Experientiae est et temporis, ut evestigetur, qui gyrus et qui serpens tumulus in cerebro hunc aut illum musculum ut correspondentem suum in corpore respiciat“. Még meglepőbb a következő hely: „Ergo inquirendum venit, qui tori corticeis his aut illis musculis in corpore correspondent; quod fieri non potest, nisi per experientiam in vivis animalibus, per punctiones, sectiones et compressiones plurium, perque inde in corporis musculis redundantes effectus“.

Az érző idegek központi végződéseire nézve is találunk Swedenborg műveiben néhány figyelemreméltó adatot. Az érzékszervekből, a szagló, látó, halló, ízlelő szervből s a bőrből eredő idegeket az agyvelő alapjág követi s azután a nyúltvelőn s az agyszárakon át a féltekék fehér állományába; leírása szerint a fehér állományon át az agykéreg felső felületéig nyomulnak s itt minden egyes rost külön sphaerulával jut összefüggésbe. Az érző idegek centrumai tehát szintén az agykéregben fekszenek. Itt azonban nem ír le külön elhatárolt érzőmezőket, hanem inkább kiemeli a különböző érzéki benyomásoknak egy egységes seniorium communévá való egybeolvadását, a miből magyarázható lelki működéseink oszthatatlan volta. Swedenborg tehát nem ismerte az érzéki területek localisatioját az agykéregben, mely mai nap az agyvelő physiologiájának egy nevezetes tétele, de ezen nem csodálkozhatunk, mert ennek leszámításával is bámulatos, hogy mily mélyen tudott Swedenborg másfél század előtt, tehát olyan korban, mikor az agyvelő szerkezetéről és működéséről még a legkezdetlegesebb nézetek uralkodtak, az idegrendszer s az agyvelő alkotásának és működésének rejtvényeibe behatolni. S e nézetei nem keltik az olvasóban a pillanatnyi, felületes ötletek hatását, mert összes dolgozataiban határozott, egyforma alakban visszatérnek s komoly és beható vizsgálatok és elmélkedések bélyegét hordják magukon.

Swedenborg a természettudományok, s különösen az idegrendszer kutatásának történetében valóban mint tűneményes alak magaslik ki, mint az igazság egy lánglelkű és lángeszű kutatója, ki lépésről lépésre haladva, mind magasabb problémák felé fordult. Tudományos egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia, mechanika, kosmogonia, physika, anatómia és physiologia terén. Erről a tág háttérrel egyéniségének helyes képét azonban csak akkor kapjuk, ha nemcsak egy téren való működését vesszük szemügyre, hanem egységes szempont szerint tekintjük át egész tevékenységét a geologia,

és behatóbb kutatásra vezette őt a szervetlen és szerves világnak csaknem teljes birodalmán át, s szövéténeke volt sok oly kérdés helyes megítélésében, melynek teljes megoldása az ő nézeteivel többé-kevésbé egybehangzóan csak a mi korunk tökéletesebb vizsgálati eszközökkel rendelkező kutatásainak volt fenntartva.

Lenhossék Mihály.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A Basedow-kór gyógyítása.

Irta: Kollarits Jenő dr., az idegklinika tanársegéde.

(Folytatás.)

Időközben Burghart és Blumenthal⁸³⁻⁸⁴ folytatták kísérleteiket. Pajzsmirigyüktől megfosztott kutyák vérére, és abból készült szerket adtak Basedow-kóros betegeknek. „In jeder dieser Formen erwies sich das Blut der entkropften Hunde gegen Morbus Basedowi wirksam.“ Lanz közléseinek megjelenése után e szerzők is pajzsmirigyüktől megfosztott kecskék tejét adták, de technikai nehézségek miatt erről lemondottak és e tejből a hatóanyagot tartalmazó port készítettek, melyből 25 gm. 1/2 liter tejnek felel meg. „Könnyebb esetekben gyógyulás, súlyosabb esetekben kifejezett javulás állott elő“ e por használata következtében. Ezen eljárásnak a szerzők szerint az az előnye, hogy könnyen átmehet a gyakorlatba „sie bedeutet aber auch nebenher noch die Erhaltung zahlreicher thierischer Leben, die bisher zur Gewinnung eines verhältnismässig geringen Quantum des Heilstoffes zu ermöglichen, sein Leben lassen muss“. Nem lehet elfogadni az ilyen közléseket, melyekben kórtörténetek nélkül adatok foglaltatnak, a nélkül, hogy azokat bírálni lehetne! Semmikép sem elég azt írni, hogy e szer adásakor a Basedow-kóros betegek egy része meggyógyult, hiszen a sebészeti eredmények megbeszélésekor láttuk, hogy a szerzők ítélete mennyire megbízhatatlan. Ítéletet csak akkor lehet alkotni, ha pontos kórtörténet fekszik előttünk, a melyben magunk is elolvashatjuk és megbírálhathatjuk az adatokat.

Ugyane szerzők egy későbbi dolgozatukban részletesebb adatokat adnak. Pajzsmirigyüktől megfosztott és így myxoedemássá vált kecskék tejéből a hatóanyagot alkohollal vonták ki, az így nyert készítményt egyenlő mennyiségű tejezükorral elegyítve szétőrszölték. Így tartós, kellemes édes ízű port nyernek, melynek egyedüli rossz oldala, hogy hosszú állás után sajtszagú lesz. Ezen szert rodagen néven a charlottenburgi gyár hozza forgalomba. 10 betegen tettek kísérletet, de most is csak egy beteg kórtörténetét közlik, a kinek állapota a rodagen használatakor lényegesen javult, a szer kihagyásakor pedig rosszabbodott. A többi esetről részletes feljegyzés a munkában nincs, és így nem tekinthetjük semmikép sem befejezett ténynek a rodagen kedvező hatását. Ezen szer a szerzők szerint különben sem adható súlyos esetekben, a hol már súlyos anatómiai elváltozások támadtak. Különösen szívelváltozás jelenlétében contraindikált a rodagen alkalmazása. Szerzők két ilyen esetben határozott rosszabbodás jött létre; a szívdobogás, subjectív és objectív, észrevehetően fokozódott, úgyszintén a szíven hallható zörejek is a rodagen elhagyásakor újra a régi állapotba tértek vissza. A rodagenből eleinte naponként 5 gm.-ot kell adni, ez adagot fokozni lehet, ha szükséges napi 30 gm.-ra. Súlyos esetben inkább serumot kell adni.

A rodagennel még Kirnberger⁸⁵ is kísérletezett, de az ő közlésménye sem tartalmaz ellenőrizhető kórtörténeteket. Kellemetlen tüneteket nem észlelt, betegei 10 gm. napi adagra javultak, közben 5–10 sulfanilsavas natriumot adott szintén jó eredménnyel. Rydel⁸⁶ a rodagent hatástalannak találta. Ezért igen támadják őt a rodagen felfedezői és védői. Szemére vetik, hogy rövid ideig használtatta betegeivel e gyógyszert, melyet szerintük hónapokon át kell használni. Pedig ezen nincs mit csodálkozni, hiszen 100 gm. rodagen majnem 40 koronába kerül. A napi adag 15 gm., tehát egy hétre való rodagen körülbelül 40 korona, 4 hétre 160 korona. E szerint a rodagen, ha hasznosnak bizonyulna is, csak dús gazdag betegek számára való orvosság volna. Az egyptemi idegklinikán a rodagent 3 esetben 1–1 1/2 hónapig, a sulfanilsavas natriumot 3 esetben 4–6 hétig alkalmaztam minden eredmény nélkül, a rodagent az egyik beteg undorító szaga miatt alig tudta bevenni.

Möbius⁸⁷ is közli most már eredményeit, bár elégségeseknek nem tartja azokat. Ő már 1901-ben készítettett a Merck-gyárral pajzsmirigyüktől megfosztott bárányok véréből serumot. Ezen serumból egy gm. bór alá fecskendezve duzzadást és pirosságot hozott létre, a miért is inkább evőkanalanként valami édes borban volt belsőleg adható. A napi adag 5 gm. volt. Möbius, 2 esetről közöl részletes adatokat, mind a kettő hónapokon át állott észlelés alatt. Az eredmény az, hogy a serum kellemetlenséget sohasem okozott. Az érlőkés nem változott, a nyak kőfogata kisebb lett, a betegek subjective jobban érezték magukat, jobban aludtak. A kezelés félbeszakítása rosszabbodásra vezetett. Az állatok húsából és ugyanezen serumból készült pastillák nem voltak hatásosak. Möbiusnak nem volt alkalma sok kísérletet tenni, úgy tartja, hogy az 5 gm. napi adag fölé kellene menni, de a szer ára oly nagy, hogy a magángyakorlatban nehezen alkalmazható. Möbius a rodagent is megpróbálta, de vele nem ért el oly kedvező eredményt; a betegek különben undorító íze és szaga miatt nem tűrték.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Budapest egészségügye érdekében alkotott rendeletek és határozatok. Gyűjtötte, jegyzetekkel ellátta és sajtó alá rendezte Feleki Sándor dr. Átnézte Schermann Adolf dr. Kiadja Budapest székes főváros közönsége. 1904. Ára 7 korona.

Egy olyan könyv megjelenéséről adhatunk ezúttal számot, melynek hiányát eddig igen-igen sok fővárosi orvos érezhette. Feleki Sándor dr. ugyanis egy hatalmas, 543 oldalra terjedő könyvben összefoglalta mindazon elvi jelentőségű, a főváros egészségügyére vonatkozó törvényeket, rendeleteket és határozatokat (beleértve az állategészségügyre vonatkozókat is), melyek Buda és Pest egyesítése óta az 1903. év végéig hoztak. Hangsúlyoztam, hogy specialiter a fővárosra vonatkozó rendeletekről van itt szó, mert azon országos, és így a fővárosra is érvényes törvényeket és rendeleteket, melyek Chyzer Kornélnek „Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye“ című munkájában felvették, Feleki itt az anyagszaporítás elkerülése és a mű egyöntetűsége érdekében szándékosan mellőzte.

A jegyzetekkel ellátott, és a legilletékesebb forum, Schermann Adolf tisztí főorvos által átnézett munka anyagát az 1876. évi XIV. t.-cz. fejezetei szerint csoportosítva, a rendeleteket, illetőleg törvényeket és határozatokat nagyrészt szöszertint közli. „Kivonat“-ban csupán azon rendeletek vannak ismertetve, melyekben a közegészségügyet közvetlenül nem érdeklő részek is vannak. Az esetleg elmaradt, továbbá az újabban megjelent vagy időközben érvényüket veszített rendeletek regisztrálására minden év januárjában egy füzfűzet fog megjelenni. M.

Új könyvek. Schreber: Practischer Ratgeber für die Mitglieder der Gesundheits-Kommissionen. Berlin, A. Hirschwald. — Nicoladoni: Anatomie und Mechanismus der Skoliose. Stuttgart, Nägele. — Lenhartz: Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. 4. Auflage. Berlin, J. Springer. — Darmstaedter und du Bois-Reymond: 4000 Jahre Pionierarbeit in den exakten Wissenschaften. Berlin, J. A. Stargardt. — Hin und zurück. Aus den Papieren eines Arztes. 3. Auflage. Halle a. S., C. E. Müller. — Warnecke: Über die Indikationen zur operativen Behandlung des Ulcus ventriculi und seiner Complicationen. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht. — Beckmann: Das Eindringen der Tuberkulose und ihre rationelle Bekämpfung. Berlin, S. Karger. — Seiffert: Die Versorgung der grossen Städte mit Kindermilch. Theil I. Leipzig, A. Weigel. — Senator und Kaminer: Krankheiten und Ehe. I. Abtheilung. München, J. F. Lehmann. — Aversenq: L'électrolyse circulaire et les rétrécissements. Paris, C. Naud. — Cathelin: La circulation du liquide céphalo-rachidien. Paris, C. Naud. — Gelineau: Penseurs et savants. Leurs maladies. Leur hygiène. Paris, Vigot frères. — Hoche et Briquel: Les lésions du rein et des capsules surrénales. Paris, Masson et comp. — S. Baruch: The principles and practice of hydrotherapy. Second edition. London, Baillière, Tindall and Cox. — Ch. Locke Scudler: The treatment of fractures. With notes upon a few common dislocations. Fourth edition. London, Saunders and Co. — G. Withfield Overall: A non-surgical treatise on diseases of the prostate gland and adnexa. Chicago, Rowe Publishing Company. — Sidney Martin: A manual of general pathology. London, J. Murray.

Lapszemle.

Venereás bántalmak.

A syphilises anaemia és icterus pathogenesiséhez nyajt adatokat Samberger. Dolgozata két részből áll. Az első részben azt igyekszik bizonyítani, hogy syphilises egyéneknek a higany gyógyhatása kettős alapon nyugszik. A higany ugyanis egyrészt specificumként szerepel a syphilis contagiuma ellen, másrészt mint haemolyticum hat, a mennyiben tönkre teszi a vörös vérszöveteket, a mi által viszont a vércépző szervek fokozott productioval válaszolnak. A dolgozat második részében szerző arra az eredményre jut, hogy az alkati syphilis kezdeti stadiumaiban delectaer hatást gyakorol egyrészt a vörös vérszövetekre, másrészt a májszövetre. Addig, a míg a káros hatás kis fokú, csupán alimentaris glycosuria lép fel, a mihez nagyobb fokú zavar esetén még urobilinuria is csatlakozik. Ha ellenben súlyos syphilis esetén a delectaer hatás nagyfokú a májszövetekre, akkor icterus jön létre. Szerző további vizsgálatai alapján oda concludál, hogy a syphilises icterus végeredményben mindig hepatogen eredetű, bár nem tagadja teljesen, hogy a syphilis tisztán haematogen icterust is hozhat létre, mely a lueses méregnek a vörös vérszöveteket bontó hatásából származnék. Nem tagadja továbbá a syphilises icterus mechanikai alapon való létrejövételének lehetőségét sem, a mely vagy az epeutaknak nyirokmirigyek általi compressioja útján, vagy a bőrkütyésekkel analog epeütheti efflorescentiák folytán jöhet létre. (Archiv f. Dermat. u. Syph. LXVIII. k., 1. f.)

Guszman dr.

Syphilises tüdőcsúcs-infiltratio egy esetét közli Neuhaus. 26 éves férfi 3 1/2 év előtt lueset acquirált, a mire a szokott secundaer tünetek következtek. Két évvel később a homlokán fejlődött ki egy syphilises fekély, melyet szerző joddal s lokális higanykezeléssel orvosolt. A beteg azután mintegy 1 1/2 évig jól érezte magát, a mikor lassanként erőbeli fogyatkozást vett észre magán s köhögni kezdett, a mihez esti hőemelkedések is járultak. Tuberculosis-bacillusok a köpetben nem voltak találhatók. A physikális vizsgálat kétoldali csücsstompulatot, elül-hátul kis- és nagyhólyagú szörtyzörejekeket némi bronchiális légzésel keverve s subfebrilis hőmérsékletet mutatott ki. E kifejezett physikai jelek dacára a subjectiv tünetek aránylag igen csekélyek voltak, úgy

hogy Neuhaus a lueses antecedentiáktól vezéreltetve specifikus kezelést (jod) fogantatott, a mire 5 hét leforgása alatt a mérsékelt subjectív tünetek, de a kifejezett physikai jelek is csaknem teljesen elmúltak. Szerző ebből határozottan felveszi, hogy a kétoldali csúcseszfűződés lueses eredetű volt. (A lueses eredetnek felvételét a gümössel szemben bizonyos mértékben lerontja azonban az a körülmény, hogy szerző a beteg specifikus kezelés mellett rendszeres diaeteticó-hygiénés módon is kezelte, a mennyiben szabad levegőjű helyen fekvő s tejkúrát, keresztkötést stb. rendelt. S így valóban eldöntetlen marad, hogy a kezelési módnak melyikére javult a „syphilitis csúcs-infiltratio”. Ref.) (Dermatol. Zeitschrift. X. k., 4 f.)

Guszmán dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Thiocol használata a légzőszervek megbetegedéseiben. Felbátorítva azon kedvező eredmények által, melyeket más szerzők pneumonia eseteiben creosottalal elérték, French is tett kísérleteket, eredményei azonban nem voltak oly kedvezőek, még pedig véleménye szerint azért, mert a betegek nem tűrték a szükséges nagy adagokat gyomor-zavarok nélkül. Szerző tehát egy más creosottartalmú szerrel, a thiocollal tett kísérleteket, a melyek nagyon jó eredményre vezettek. 3 óránként adott 40 centigrammos adagokat. Pneumonián kívül heveny és idült bronchitis, valamint tüdőgümőkör eseteiben is jó hasznát vette e szernek. (Vermont Medical Monthly, 1903. június.) *Leffingwell-Hatch* szintén dicséri a thiocol hatását bronchitis, pneumonia, főleg pedig tüdőgümőkör eseteiben, különösen kiemelve étvágygerjesztő tulajdonságát. Eleinte 35 centigrammos adagokat ad 3-szor naponként, majd lassan felemelkedik 3 grammig pro die. (Medical news, 1903. augusztus 1.)

Az acoin használatáról a sebészetben ír *Daconto*. A Schleich-féle infiltrációs anaesthesia módjára használta, még pedig a rendesen ajánlottnál sokkal erősebb, tudniillik 1%-os oldatban. (Rp. Acoini 1-0, Natrii chlorati 0-8, Aquae destill. 100-0.) Ez az oldat sterilén elkészítve és sötét, jól zárható palackokban tartva hónapokon át változatlan marad. Erőtelennítő hatása gyorsan és biztosan beáll. Erősebb vérszivárgás csökkenti az anaesthesiát, ilyenkor jó eredményeket látott az acoin-oldattal átitatott kompresszek használatától. A hegesező folyamatot az acoin nem zavarja. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 69. kötet.)

Thigenol használata nőbajokban. Mint már mások is (Merkel, Flatau, Neumann szintén nagyon jó eredménnyel használta a thigenolt mindazon nőbajokban, a melyekben ichthyol használata javult. Nagy előnye a thigenolnak, hogy szagtalan, és hogy az általa okozott foltok a fehérműből könnyen eltávolíthatók. Az alkalmazás különben 10–20%-os thigenolglycerinbe mártott tamponok alakjában történt. Szerző kiemeli, hogy fájdalomcsillapító hatás tekintetében a thigenol felülmulja az ichthyolt. (Deutsche Aerzte-Zeitung, 1903. 19. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1904. 5. szám. *Mohr Mihály*: és *Justus Jakob*: A conjunctiva és más nyálkahártyák pemphigusáról. *Aczél Károly*: Orvosi első segély mérgezéseknél.

Orvosok lapja, 1904. 4. szám. *Rottenbiller Ödön*: Aspirin mint a nátha specificuma. *Kolozs Mihály*: A malariáról.

Budapesti orvosi újság, 1904. 4. szám. *Bókay János*: A rubeoláról s ezzel kapcsolatban az úgynevezett „negyedik betegség”-ről. *Weyner Emil*: A párisi klinikák és kórházak syphilis therapiája. *Huber Alfréd*: Casuistika képekkel. *Barabás József*: Újabb eredményeink a scabiollal. *Weyner Emil*: Mikor és milyen depilatoriumot használhatunk.

Wiener klinische Wochenschrift, 1904. 4. szám. *Stoerk*: A gastro-intestinalis adenoid szövet kórtanához. *Exner*: Bárzsing-rák kezelése radiummal. *Kapsammer*: Kryoskopia és reflectorius polyuria. *Matzenauer*: Uleus chronicum elephantasticum. *Bondi*: Gynaekologiai műtétek befolyása a menstruatióra. *Gross*: Latens aneurysma a. vertebralis okozta halál.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1904. 5. szám. *Erben*: traumás neurosis leggyakoribb alakja. *Oppenheim*: Venereás és bőrbajok kezelése hydrogensuperoxyddal. *Hamburger*: Biológiai adatok a csecsemő táplálásához. *Kschischo*: A hasfalmetszés és egyesítése. *Klinger*: Kakodylinjectiókkal meggyógyított atypusos psoriasis vulgaris diffusa. *Kassowitz*: Az orvos és az alkohol.

Berliner klinische Wochenschrift, 1904. 5. szám. *Meyer*: A liquor cerebrospinalis cystodiagnostikai vizsgálata. *Oppenheim*: Perityphlitis, peritonitis, meteorismus. *Zlocisti*: A tejelválasztás fokozása. *Hirschberg*: Adatok a rosszindulatú érhártya-daganatok prognosához.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1904. 5. szám. *Flügge*: A gümöbacillusok ubiquitása és a phthisisre való hajlamosság. *Friedmann*: Activ immunizálás gümőkör ellen. *Herzheim*: A psoriasis külső kezelése. *Gaupp*: A paralysis progressiva prognosisa. *Neumann*: Podophyllin belférgék ellen.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 25. kötet, 1–4. füzet. *Schieferdecker* és *Schultze*: Adatok a myotonia congenita, a myotoniás tünetekkel járó tetania, a paralysis agitans és néhány más idegbetegség, az activitási hypertrophia és a normális izomszerkezet ismeretéhez.

Die Therapie der Gegenwart, 1903. november. *Vivierordt*: A légző- és vérkeringési szervek betegségeinek physikális therapiájához.

Lüthje: A febrilis albuminuria kérdése és néhány megjegyzés a cylinderek jelentőségéről. *Pollatschek*: Gyógykísérletek erysipelas eseteiben. *Stembo*: A heveny veselő kezelésére jéggel. *Roos*: A thiosinamid használat. *Sobotta*: Phthisopyrin.

La semaine medicale, 1904. 4. szám. *Odier*: A chemiai sugarak gyógyító hatásának elősegítése a szövetek vitalis megfestésével. *Lajars*: Sigmoiditis és perisigmoiditis.

Le progrès médical, 1904. 4. szám. *Dubar*: A golyva kezelése jodolaj intraglandularis befecskendezésével.

Bulletin général de thérapeutique, 146. kötet 23. füzet. *Bardet*: A radium. *Faure*: A tabes prognosisa és kezelése. *Lumière* és *Chevrotier*: A syncopék kezelése a conjunctiva izgatásával. *Dignat*: A borok vegyi összetételének változása és ennek hygieni és gyógyászati jelentősége.

The lancet, 1904. I. 3. szám. *E. Stanmore Bishop*: Idült hassebészeti bántalmak némely alakja. *S. West*: Functionális albuminuria. *G. E. Herman*: Emlőrák kiújulásának oophorectomiával kezelt esete. *A. Keith* és *A. Shillito*: A praeputiális mirigyek. *G. A. Syme*: Duodenum-rák műtét után gyógyult esete. *F. Marchand* és *J. C. G. Ledingham*: Trypanosoma-fertőzés emberben. *J. M. Bennion*: Pneumonia lobaris szokatlan esete. *D. Siewright*: Légzőméréséklet és himlő. *F. W. Foot* és *F. de Havilland Hall*: A bal gyomrocs rupturája. *P. M. Chapman*: Chloroformozás a Dubois-féle készülékkel. *Bruce C. Kelly*: Erythromelalgia esete. *L. G. Hill*: Extragenitális sanker. *Walker Downie*: Idegen test a légcsőben. *G. H. Makins*: Bélelzáródás hét esete.

British medical journal, 1904. január 23. *Keith H. Monsarrat*: A carcinoma aetiologiája. *Bilton Pollard*: Colon-rák és kezelése colectomiával. *J. Mackenzie Davidson*: Radiumbromid. *G. Siegel*: Radiummal kezelt ulcus rodens. *Patrick Manson*: A Leishman-Donovan-féle test és a tropusi splenomegalia. *J. Everett Dutton*: Emberi trypanosomiasis. *G. Denne Franklin*: Typhus szokatlan esete. *J. R. Lunn*: Spinalis caries 60 éves egyénben, tályogokkal az epigastriumban. *E. Huntley*: Kizárt czombsér; műtét cocain-anaesthesiában.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1904. február 5.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1904-dik év 3. hetében (1904. január 17-dikétől január 23-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katona 16,484, összesen 813,399. Elvezületett 452 gyermek, elhalt 318 egyén, a születések tehát 134-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 28-9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20-3, az egy éven felüli lakosságnál: 16-7, az öt éven felüli lakosságnál: 14-7. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérő 7, gümős agykérő 4, agyguta 7, ránggörcs 5, terjedő hűdés 6, hátgerinczsorvadás 1, szívbaj 22, hörgőlob 0, tüdőlob 28, hurutos tüdőlob 5, mellhártyalob 1, tüdővész 55, tüdőlegdag 3, bélhurut 11, májbajok 0, hashártyalob 5, kizárt sűrű 1, Brightkór 0, veleszületett gyengeség 19, gyermekaszály 1, aggaszály 5, rák 6, méhrák 3, egyéb álkeplet 2, gümős bajok 2, kanyaró 8, vörheny 8, álh. gége 1, ronsoló toroklob 4, hökhurut 2, gyermekági láz 0, hagymáz 2, influenza 2, himlő 0, veleszületett bujakór 2, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 1, lépfene 0, ebdüh 0, gennyvér 1, gyilkosság 1, öngyilkosság 3, baleset 18, erőszakos, kétes 1. **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3533 beteg, szaporodás 872, csökkenés 812, maradt e hét végén 3519 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1904. évi január 17-dikétől január 23-dikéig terjedő 3. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 117 (127), vörheny 72 (43), álh. gége- és ronsoló toroklob 46 (41), hökhurut 37 (26), gyermekági láz 0 (1), hasi hagymáz 0 (0), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 29 (36), vérhas 0 (0), orbáncz 19 (16), járv. agy-gerinczagykérő 0 (0), járv. fültőmirigylob 6 (7), trachoma 6 (2), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

— **Kitüntetés.** Ő Felsége Szaplonczay Manó dr.-nak, Somogy-megye tisztí főorvosának a közegészségügy terén szerzett érdemei elismerésül a királyi tanácsosi czímet adományozta.

✓ **Megválasztás.** B.-Újfalú község orvosává *Weisz Sándor* dr.-t választotta meg.

|| **Az igazságügyminister** az igazságügyi orvosi tanács tagjai közül az 1890: XI. t.-cikk 4. §-a alapján az 1903. év végével kilépett *Genersch Antal* dr., *Moravcsik Ernő* Emil dr., *Bakó Sándor* dr. és *Farkas László* dr. tanácstagokat az igazságügyi orvosi tanács tagjaivá további három év tartamára újra kinevezte.

× **Az országos közegészségügyi tanács** folyó hó 4-dikén tartott ülésén javaslat nyújtott be a házi állatok tuberculosisának csökkentésére szolgáló eljárások tárgyában, továbbá a diphtheria ellenes praeventív oltások kötelező behozatala érdekében, jelentés tétetett a Moser-féle antiscarlatinos serumról. Tárgyaltatt a magyar szőlőgazdák beadványa a pálinkahamisítás ellen, továbbá a kókuszdió-olaj árusítás rendszabályozása, és jelentés tétetett egy pár különleges gyógyszerkészítményről.

① **A Budapesti Orvosi Kör** sorozatos előadásai „a gyermekek heveny fertőző betegségeiről” folytatódagasan a következő sorrendben fognak megtartatni (VIII., Szentkirályi-utca 21): 1904. február 9-dikén,

kedden délután 6 órakor *Hainiss Géza* dr. egyet. m. tanár: „A kanyaróról”. 1904. február 16-dikán, kedden 6 órakor *Brück Miksa* dr.: „A pertussisról”. 1904. február 23-dikán, kedden délután 6 órakor *Eröss Gyula* dr. egyet. m. tanár: „A scarlatináról”. 1904. március 1-jén, kedden délután 6 órakor *Preisich Kornél* dr.: „A gyermekek heveny fertőző betegségeinek prophylaxisáról és therapiájáról általában”. Ezen előadásokra az összes kartársakat tisztelettel meghívja Budapest, 1904. január 27-dikén a Budapesti Orvosi Kör elnöksége.

× A „Kézmárszky-szobor-alap” javára beérkezett pénzküldemények. Hollós József 1, Gere Adolf Lövő 5, Klínger Zsigmond 10, Váli Dezső Szabadka 10, Kiss Gyula 10, Hainiss Géza 20, Hubay Pál Kis-Jenő 2, H. C. Zernest 1, A. Skivpán Papina 4, N. N. Debreczen 2, Singer Miksa Poprád 2, Zöller Gajár 2, Horváth József Székelyhid 5, Nádor Henrik Máramarosziget 5, Jármay László 10, Neumann Szigfrid 50, Klug Nándor 20, Bókay Árpád 30, Róna Sámuel 40, Kiss Ödön 5, Schvarecz Ernő Babócsa 5, Aniszfeld Endre H. M. Vásárhely 4, Kertész Aba 4, Kelemen Mihály Pécs 2, Veres Menyhért Hajdúbosszörmeny 4, Iovag Berks Aurél Felsőbánya 2, Weiner Miksa Győr 2, Barta Kornél Szombathely 2, Lengő Ferenc Vác 2, Eröss Gyula 100, Liszt Nándor Tetétlen 2, Vándor Ödön Esztergom 4, Karsay Zoltán Német-Bogán 2, Hílf Kálmán 4, Kornhauser Dezső Szepesfalú 3, Ottava Ignác 20, Koreck György Perjámos 5, Bugsch Gusztáv 30, Jendrassik Ernő 20, Stojakovits Jęta Újvidék 20, Blau Sándor 4, Mayer Árpád 100, Nékám Lajos 25, Kolczonay István Zólyom-Brezó 20, Goldzieher Vilmos 20, Danning Adam Zombor 10, Herezel Manó 50, Krajtsik Rezső N.-Káta 10, Gonda Péter Garam-Szt.-Kereszt 5, Preisz Hugó 10, Temesváry Rezső 50, Józsa György Tasnád 2, Kollár Kamill Besztercebánya 10, Gelei Lajos Ó-Radna 4, Fischer Ignác 6, Nagy Géza Kassa 5, Lieberman Mór 20, Bánóczy Gyula Győr 10, Nagy Dezső H.-M.-Vásárhely 5, Lendvai Márk Körösbánya 5, Szabó Dénes Kolozsvár 100, Ákontz Károly Kolozsvár 10, Királyfi Ármán 20, Büchler Antal 20, Schleiminger László T.-Füred 10, Horvát Ákos 5, Mezei Ödön 5, Perlesz Ede Nagy-Palánka 5, Kollner Károly Miskolc 25, Horváth Ákos Vereskő 110, Rimély Dezső Szentes 10, Göllner Aladár 10, Berkovits Miklós Nagy-Várád 5, Chudovszky Mór N.-Mihály 4, Mikolay István Szarvas 20, Takács Bernát Győr 10, ifj. Klug Nándor 6, Fárnek Gyula 2, Theil Albert Nádorhegy 2, Roll Jónás 2, Daday Vilmos Seps-Szent-György 2, Weisz Jakab 4, Berger János Zilah 2, Fleischmann Hugó 30, Lantos Emil 50, Adler Oszkár 5, Rednik János Vaskoh 3, Lőte Lajos Nyárad-Szereda 2, Gefferth Viktor Újkécske 4, Reisz Oktáv Tatabánya 4, Holzwarth Jenő 10, Schönfeld Mór Kis-Terence 2, Perényi Dezső 5, Scheitz Vilmos Kolozsvár 2, Kelemen Adolf Mezőtúr 1, Kohut János Turóc-Szt.-Márton 10, Petz Lajos Győr 10, Brunner Lajos Debreczen 3, Fehér Soma Felső-Ireg 5, Adler Nándor 10, Kenézy Gyula Debreczen 100, Mann Jakab Szeged 100, Ritoók Zsigmond 10, Adler Zsiga 20, Szinessy József 5, Konrad Márk N.-Várád 50, Friedrich Vilmos 6, Gruby Rezső Újvidék 4, Bosha Jenő Szalárd 1, Ráskai Dezső 5, Bogdán Aladár B.-Gyarmat 5, Pöschl György Veesés 10, Dolecskó János 10, Hönig Márton N.-Szombat 5, Erdélyi Jakab 5, Entz Béla 10, Hofbauer Miklós 5, Turcsányi Gyula Eger 10, Karlovsky Géza 10, Gebhardt Ferenc 10, az I. sz. női klinika orvosi személyzete 330, Rüll János Mohács 6, Novotny Lajos 20, Nusser Lajos 5, Lévai József 10, Chyzer Kornél 10, N. N. Mohács 4, Cseley József 50, Kozma Jenő Maros-Vásárhely 10, Ujlaki János Uzdi-Szt.-Péter 1, Havas Adolf 20, Korányi Frigyes 50, összesen 5309 korona.

+ A magyar orvosok és gyógyszerészek árváinak otthona javára adakoztak:

Pártoló tagok: Adler Miksa, Arányi Zsigmond fürdőorvos, Herkulesfürdő, Abrakovits József gyógyszer, Ó-Besnyő, Antalóczy Kázmér gyógyszer, M.-Sziget, Adler Imre gyógyszer, Enying, Blasberger Ignác k. orvos, Mád, Bodor József gyógyszer, Bánhegyes, Bauer Ottóné gyógyszer-né, Tormás, Bauer Otto gyógyszer, Tormás, Bartha István gyógyszer, Budapest, Baky Endre k. orvos, Ócsöd, Bársony János e. tanár, Budapest, Barabás Arnold Erzsébetfalva, Bernády Dániel k. orvos, Bánlak, Berrár Gyula j. orvos, Budafok, Bella József gyógyszer, Bánhegyes, Benedict Gyula gyógyszer, Békés, Baksay Béláné N.-Káta, Bodor Fedor j. orvos, Szolyva, Buró Péter k. orvos, Venecz, Bosnyák Péter j. orvos, N.-Berezná, Breznay Ernő ezredorvos, Orsova, Bozók Béla gyógyszer, Soltvadkert, Bóta Béláné gyógyszer-né, Szerencs, Bóth István gyógyszer, N.-Berezná, Csatkay Ignác k. orvos, Darufalva, Cservenák Gyula orvos, N.-Károly, Csús Géza, Décsi Mór, Detrich Zoltán gyógyszer, Gyapjú, Detrich Dalmuska gyógyszer, Gyapjú, Diemitrievits gyógyszer, Budapest, Dvorszky Béla gyógyszer, Pécsvárad, Dobribán Antal j. orvos, Gyergyó-Szt.-Miklós, Doctor Károly gyak. orvos, Budapest, Dragits Imre gyak. orvos, Szegvár, Duvernay Louis droguista, Stuttgart, Ehm Kálmán j. orvos, Csurgó, Elek Pál j. orvos, Újpest, Ember Jenő j. orvos, Miklósfalu, Egerland Kálmán gyógyszer, Mező-Csáth, Engelhardt droguista, Frankfurt a/M., Fabry Béla gyógyszer, Gálszécs, Faisz Róbert gyógyszer, Dunaszerdahely, Farkas István gyógyszer, Dunaszerdahely, Fátoly Dezső j. orvos, Mező-Csáth, Feichtinger Sándor főorvos, Esztergom, Fejér Dávid k. orvos, Gyergyó-Szt.-Miklós, Frey Géza j. orvos, Békés, Fodor Ignác j. orvos, Pécs, Flang Ármán j. orvos, Tem.-Hidegkút, Fehér Soma j. orvos, F.-Ireg, Fejér József gyógyszer, Nádudvar, Freyler Ferenc gyógyszer, Orsova, Fodor István gyógyszer, Battonya, Frank József gyógyszer, Csepreg, Fuss F. Nándor gyógyszer, Alsó-Lendva, G. és R. Wien, Gájer Ferenc j. orvos, Gajdobra, Garzó Aladár j. orvos, Dunaszerdahely, Garinger Lipót j. orvos, Dunaszerdahely, Galló Dénes gyógyszer, Gaál Miklós pénztáros, Gyergyó-Ditró, Gadix János gyógyszer, Gasztner Kálmán, Gehe & Comp. Dresden, Gerenday József Kunhegyes,

Gerber Béla orvos, Budapest, Gruby Rezső j. orvos, Újvidék, Gombos László gyógyszer, Szentes, „Gyógyszertár” Várna, Grazl József, hatvani Deutsch Sándor Budapest, Hanning György k. orvos, Bács, Haidegger Lajos főorvos, Hafl Dezső j. orvos, Hankóczy Ede gyógyszer, Kápolnás-Nyék, Herczkó Adolf Salgó-Tarján, Heller Ármán k. orvos, Szilantics.

|| Müller Ede dr., budapesti orvos 100 koronával az „orvosi kör országos segélyegyletének” alapító tagjai közé belépett.

① Nemzetközi kiállítás nyílik meg augusztusban Párisban, melyen egészségügyi, mentőügyi és sport-eszközök lesznek kiállítva.

— A belügyminister a trachoma elleni óvó- és gyógyintézkedések tárgyában 110,000/1903. sz. a. rendeletet adott ki, melyhez a trachoma népszerű ismertetése, nyilvántartási tabella, továbbá szemvizsgálati jegyzőkönyv és trachoma-kimutatói minta van mellékelve.

× A Szt. Lukács-fürdőben az elmúlt január hónapban 90 beteg fordult meg.

— Tauffer tanár szülészeti poliklinikájának segítségét az elmúlt január hónapban 135 esetben vették igénybe, 94 műtétet. Gyermekek látogatásának száma 122.

+ Bársony professor intézetének szülészeti poliklinikája segítségét januárban 67 esetben vették igénybe 36 műtétet. Gyermekek látogatásának száma 61.

○ A kolozsvári önkéntes mentő-egyesületet, mint a Konrádi dr. által összeállított kimutatásból olvassuk, az elmúlt január hónapban 134 esetben vették igénybe. Az eddigi működések főösszege 1892. február 28-dika óta 20,829.

— Megjelent. *Siklóssy Gyula*: A látás élességének megvizsgálása.

— A gyengélátóságot és vakságot szinlelők leleplezése. — A beteg szem kötőzése. Budapesti orvosi újság. 1904. — *Halász Henrik*: Lues folytán létrejött teljes orrgarat elzáródás gyógyult esete. Gyógyászat. 1903. — Ugyanattól. Ugyanaz németül. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. 1903. — Ugyanattól. Nekrose d. oberen Kieferbeines infolge von Periostritis dentalis chronica. Arch. f. Laryng. 1903. — Ugyanattól. Beitrag zur nasalen Infection d. Augenbindehaut. Ugyanott. — *Sugár K. Márton*: Heveny anilinnmérgezés esete helybeli érzéstelenítő szer használatát után a fülben. Orvosok lapja. 1904.

† Elhunyt. *Heimann József* dr. 44 éves korában Nagyváradon. *Plavits Boldizsár* dr. Bács-Szt.-Tamason. *Vértes Ferenc* dr. bodajki orvos.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kifutó ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kiváratra prospektus.



Téli fürdőkúra
a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénés források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage. Olcsó és gondos ellátás. Csúszkőszvény, ideg-, bőrbajok és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatóságára Budapest-Budán.

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697.

Mechanikai Zander-gyógyintézet
Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)

Teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testgyógyítás. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vízgymnastika. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54—20. Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

DR. KOPITS JENŐ

testgyógyintézetét

VII. ker., Kerepesi-út 18. sz., I. emeletére helyezte át.
(Bejárat: Kazinczy-utca 2. szám.)

„Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatorium vízgyógyintézete. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kiváratra prospektus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (III. rendes tudományos ülés 1904. évi január hó 23-dikán.) 88. l. — Közkórházi orvostársulat. (XIII. bemutató ülés 1903. évi november hó 25-dikén.) 90. l. — Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1903. április 30-diki ülés.)

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(III. rendes tudományos ülés 1904. január 23-dikán.)

Elnök: Tauffer Vilmos. Jegyző: Benedict Vilmos.

(Folyt.)

Gümőkóros fertőzés.

Kovács József vizsgálati eredményei a következők:

1. A lymphatikus alkat úgy a pyogen, mint a tuberculosis-fertőzésre és a fertőzés tovaterjedésére a nyákhártyán át kedvező alapot képez, a fertőzés ezen kedvező feltétele különösen az alimentae infectionál nyilvánul.

2. A Cornet nyomán általánosan elfogadott hármass felosztása a scrophulosisnak experimentális alapú is bizonyítottan tekinthető.

3. Mind több körülmény szól az alimentae infectio nagyobb jelentősége mellett a gümőkór pathogenesisében, mint a mennyi általában tulajdonítatik neki.

4. Ez természetszerűleg maga után vonja, illetőleg követeli a prophylaxisnak lelkiismeretesebb és szigorúbb kiterjesztését ez irányban. A marhatuberculosis elleni küzdelem erőyes folytatása nemcsak nemzetgazdasági szempontból, hanem az emberi gümőkór egyik forrásának kiirtása szempontjából is kell, hogy feladatunkat képezze.

5. Leggyakoribb főkapuja az ember gümőkóros fertőzésének mégis maga a tüdő, a hóvá a fertőző csírák megfelelő menstrumban (igen finom por, a Flüge-féle legfinomabb cseppcsekek) egészen a parenchymáig jutnak és a physikai feltételek szerint vagy mindjárt helyben indítják meg a specifikus folyamatot, vagy pedig elhúzóztatnak a nyírkárammal a megfelelő nyírkmirigyekbe és azok megbetegedéseit eredményezik; vagy pedig, és ez a leggyakoribb, mindkettő történik egyszerre.

6. A száj-garatúr képezi a gümőkóros fertőzés második főkapuját jelentősége, mint a tractus respiratorius s intestinalis első statioja annál inkább érthető, minthogy ellenállása a mikrobák invasiojával szemben elégtelennek bizonyul.

7. Aránylag a legnagyobb védelmet szolgáltatja a szervezetnek különösen a későbbi években a stricte vett bélesatorna, illetőleg annak ép nyákhártyája a gümöbaccilusok invasiojával szemben.

8. A gümőkór localisatioját az infectio kapuja, s nem a szervek dispositioja határozza meg.

Zimmermann Károly: Azon kérdést intézi előadóhoz, hány kísérleti állaton végezte kísérleteit?

Kovács József: Több mint 100 állaton.

Zimmermann Károly: Mert ezen kísérletekből levont következtetések csak akkor jogosultak, ha nagy számú kísérlet végezett-tett, mert néhány állatkísérletből ilyen fontos következtetéseket levonni nem lehet.

Másik kérdése az, hogy mutatta ki előadó a nyírkmirigyekben a tbc.-bacillust 2—3 óra, 2—3 nap múlva. Szóló sok tbc.-bacillust vizsgált, de emberi nyírkmirigyekben oly nehéz kimutatni, hogy szóló kíváncsi előadó módszerére, melylyel oly hamar ki lehet mutatni a tbc.-bacillust.

Hogy alimentae tuberculosisnál a tályogban detritust talált, erre szólónak az a megjegyzése, hogy szóló sok más czélból nem tbc.-bacillussal sok állatot fertőzött és ezeknél is léptek fel spontán tályogok talán pyaemiás okból, melyekben detritus van, ebből azonban azt következtetni, hogy azt tbc.-bacillus okozza, nem lehet. Ez kísérleti tévedésre adhat alkalmat. Az előadás többi része szóló szerint oly magas nívőn áll, melyre szóló előadót követni nem akarja: a sejtek biológiai energiája kézzel soha nem fogható, experimentálisan nem bizonyítható.

Pertik Ottó: Kovács József kartárs előadása a scrophulosis és tuberculosis összetartozásának és a gümőkór fertőzésének egész complexumát felölelve, oly széles mederben indult, hogy a hozzászólás kiterjesztése a felvetett valamennyi kérdésre lehetetlen, azért csak néhány legfontosabb kérdésre kívánok kiterjeszkedni és első sorban a scrophulosis és gümőkór összetartozásáról szólni.

Előadó álláspontja lényegben az, hogy a scr. lényegét a nyírkedényrendszer, a nedvesatornák és a stomatak abnormis, tökéletlen alkotása képezi, minél fogva a nyákhártyákon keresztül könnyebben jutnak át a mikrobák. A tuberculosishoz való viszonyát pedig épen a fertőzés ezen kedvező mechanikai feltételei döntik el. Szerinte a scrophulosis, mint sem aetiologica, sem anatomiallag nem állandó és nem egyseges kórboneztani fogalom, véggképen ki volna küszöbölendő a pathologia nomenclaturájából és helyette a lymphatikus constitutiót ajánlja.

Ismeretes, hogy a scrophulosis és tuberculosis tanában Baillie és Bayle, valamint Laënnec az unitast, Virchow a dualismust képviselte, a ki a göböskeg megbetegedést (tuberculosis) nem azonosította a sajátos massákkal, hanem utóbbiakat regressiv metamorphosis, vagy necrobiotikus folyamatok eredményének tartotta. A kérdés eldöntésére utóbb a Langhans-tól 1868-ban felfedezett óriássejteket vették kritériumul használhatni, melyeket Küster a fungosus izületi loboknál, Friedländer

lupusnál, scrophulás bőrtályogoknál és fekélyekben, valamint cariesnél is talált és ez alapon az unitas felé hajlott, a mi tudvalevőleg Koch-nak epochális felfedezésével 1881-ben véglegesen bizonyítottan lett tekintve. Mégis újabb viták indultak meg az identitás kérdése körül, úgy hogy a mai szerzők e két bántalom egymáshoz való viszonya tekintetében feloszlanak az identitás képviselőire, ez a kisebbség, mások a főszlyt az ú. n. scrophulás dispositioa helyezik. Az identitás újabb főképviselei tudvalevőleg Baumgarten, Nicolas, Moore, D'Arrigo, Perez, Manfredi és Frico, a kik közül Baumgarten egyenesen kimondja, hogy a scrophulosisnak voltaképen jellemző productumát a nyírkmirigyek tuberculosis képezi. Egyéb jelenségek, eczema, stb. a scr. keretéből szerinte eliminálódók. Más szerzők a scrophulosist a nyírkmirigyek attenuált tuberculosisának tartják (Perez) vagy a nyírkmirigyek szövetének tulajdonítanak attenuáló hatást a gümöbaccilusra. (D'Arrigo, Manfredi és Frico).

Azoknak, kik a fertőzésre helyezik a főszlyt, főképviseleje tudvalevőleg Cornet, a kihez a legújabbani szerzők közül Gallois és Noorden állnak legközelebb. A fertőzés gümös, pyogen, vagy vegyes lehet. E mellett elismeri a hajlamosító momentumokat, de nem az öröklést; nála a hajlam csak fokozott infantilismus, vagy fokozott embryonalismus; a fertőzés főkapuja az orrgaratúr (Gallois). Noorden nézete, mely szerint a scrophulás mirigyek csak másodlag is fertőzés által lesznek gümöbaccilussá, voltaképen átmenetül szolgál a szorosabban vett klinikai felfogáshoz.

Ezen klinikai álláspont főszlyt a dispositioa helyhez és legújabb képviselői A. Czerny, Blos és Neumann. Czerny a gümőkór és scrophulosis kérdésében dualista és álláspontja diametrálisan ellentette a Baumgarten felfogásának, mert szerinte mindazon scrophulás termény, melyben gümöbaccilus kimutatható, mely tehát valódi tuberculosis, eliminálódó a scrophulosis fogalmából, mert ez egy constitutionális anomália, a mely meghatározott symptomák által egyelőre csak klinikailag és nem kórboneztanilag diagnosztizálható. De a tünetek fontosságát az adja meg, hogy az ily egyének rendkívül könnyen szereznek tuberculosis. A Czerny által összegezett és különben széles körben ismeretes symptomák ezek: 1. a pofa seborrhéa eczemája, a német nép nyelvén „Vierziger”; 2. prurigo, a mely gyűjtő neve a strophulusnak, a lichen ser-nak, a lichen urticatus stb.-nek, jellemezve genyedésre nem hajlamos, nagyon viszkető göböskek fellépése által; 3. erős szőröztség a lapoczkák között, a könyök táján, a czombokon és feltűnő hosszú cilák; 4. phlyctenák; 5. földabroszzerű nyelv; 6. caries circularis a fogakon, azaz fognyakon, a fognak az iny felé eső részén, mely szürkés-zöldes elszínezéssel kezdődik; 7. a légutak hurutjára való nagy hajlandóság; 8. a köztakaró halványasága tulajdonképeni anaemia nélkül és 9. a lymphoid szerveknek hyperplasiája. A dispositioa és constitutioa helyez főszlyt; ú. n. erethikus alakja nem egyéb, mint nyírkmirigy-tuberculosis, torpid alakja pedig az igazi scrophulosis.

Ha ezen ismert kereteket a t. Orvosegyesület emlékeztetőbe idézni bátorítkodtam, ez azért történt, mert Kovács előadó fennebb jelzett javaslatával a scrophulosis névnek eliminatiojára vonatkozólag összefüggésben áll. Az a meggyőződése, hogy igenis a nyírkmirigy-tuberculosis a scrophulo is keretéből épen úgy kiküszöbölendő, mint a régebben felvett scrophulás tüdőgyulladás (pneumonia caseosa), scrophulás csontlob (osteomyelitis tuberculosa) tényleg ki lett küszöbölve. Hiszen a nyírkmirigy-tuberculosis is secundaer fertőzésnek az eredménye, de visszamarad a gümöbaccilustól teljesen különböző, fennebb jelzett klinikai symptomák által és a szöveteknek kétségtelen vulnerabilitása által jellemzett constitutio vagy diathesis, a mely a scrophulosisnak önnállóságot biztosít és azért a dualistikus álláspontot és a Czerny által formulázott klinikai álláspontot jogosultnak és ez idő szerint a scrophulosis elnevezés eliminatioját lehetetlennek tartom. Másrészt azonban az előadó által javasolt lymphatikus elnevezéssel azt azért nem tartom pótolhatónak, mert az újabbban Paltauf, Kunrad, Escherich által hangsúlyozott, de régen ismert constitutio lymphatica vagy status lymphaticus, melynél az összes nyírkképletek, sőt a tüdő, máj, vesék göresői lymphomái is túltengve, illetve jelen vannak, a scrophulosissal nem azonosítható, habár a nyírkmirigyek gümöbaccilusa nagyon hajlamosít. S mert így a scrophulosis egy önálló betegségi fogalom, a mely szélesebb körű mint a tuberculosis, másrészt annak fogalma a status lymphaticus fogalmával össze nem esik, az elnevezést is fenntartandónak vélem.

Előadó, mint fennebb jeleztem, a stomatak, a nedvesatornák abnormis alkotásában és a fertőzésnek ez által kedvező mechanikai feltételeiben látja a scr. lényegét és a tbc.-hoz való viszonyának culminatioját. Meg kell jegyezni, hogy ebben semmi új sincs, mert már Hueter a Recklinghausen-féle nedvesatornák tágasabb voltában látta a betegség lényegét. A lymphadenitis is csak ennek következménye és nem első kifejezője a scrophulosisnak. A pastosus küllem, a régi orvosok úgynevezett puha rostja (weiche Faser) a kötőszövet tápnedvvel való túltelődésének kifejezője. Hueter ezen felfogását Cornet is osztja. Az ő fokozott infantilismusa épen a bőr, nyákhártyák és nyírkpályák nagyobb fokú átjárhatóságát jelenti és azért a scrophulosis lényegét nem is a nyírkmirigyekbe, hanem a körzetbe, a peripheriába helyezi, a hol az ártalmas hatány benyomul. A scrophulosus constitutionak

— mondja ő — a gümös formánál kevésbé is kell kifejezettnek lennie, miután a gümöbacillus könnyebben bír benyomulni a coccusoknál, a mely utóbbi pontnak megfordítottját vallja az előadó. Előadó ezen álláspontja annyira fedi a Hueter és Cornet felfogását, hogy reá is alkalmazható azon válasz, a melyet Czerny adott Cornetnek, hogy „Eine so einfache physikalische Erklärung erscheint besonders dann ungläubwürdig, wenn dafür der nothwendige anatomische Nachweis fehlt“, mely kimondás teljesen illik Behringnek legújabb felfogására is, a ki szerint a gyermek bélhuzamának nyálkahártyáján egy összefüggő sejtréteg hiányzik (Disse), mely pontra Schütz Aladár kollegánk adja meg a „Budapesti Orvosi Újság“ legutóbbi, 3-dik számában a részletes s helyes választ.

A mi a gümöfertőzés kapuit illeti, előadó különösen az inhalatio és az ingestiobeli fertőzéssel foglalkozik. Ismeretes, hogy a beszáradt köpet belégzésében a legnagyobb veszedelmet látták Koch, Cornet és újabban Weichselbaum s hogy ezzel szemben Flügge a szétfeccscent cseppecskék útján való infectiót hangsúlyozta, a mely álláspontot újabban Heymann, Petterson, Königer és Kirstein támogatják. Petterson a száj elé illesztett táplemczeken a kilégzett levegőből 92 esetben kapott pozitív eredményt, Kirstein pedig kimutatta, hogy a szétfeccskendezett cseppecskékben a gümöbacillusok öt napig élnek, míg más mikrobák 1–2 nap alatt elpusztulnak. Azon kérdésre, hogy mennyiben jön ténylegesen létre tüdővész a gümöbacillus tartalmú por és cseppecskék belégzése által, az inhalatio ellenzői — Baumgarten, Klebs, Ribbert, Einstein, Thomson —, a kik általában a tonsilláris kapura nagy súlyt helyeznek, megelégszenek annak hangsúlyozásával, hogy a belégzés által való fertőzés sem honcztanilag, sem kísérletileg nincs eléggé bebizonyítva. Einstein hivatkozik a légző apparatus védőkészülékeire s arra, hogy a porban a bacillusok nagyrészt beszáradvá, meghalva vannak.

Ezzel szemben az inhalatio védői arra hivatkoznak, hogy a por tényleg behatol a legfinomabb hörgöcskébe (Nenninger), a hol a nyákban elszaporodnak (Hesse), Schmorl pedig ez úton származtatja az általa észlelt légcsőbeli elsőleges gümőkór eseteit. Ribbert szerint ugyan a bacillusok áthatolnak a tüdőn és a hörgöcskékben, mint szűrőkészülékekben fogatnak meg, mindenesetre azonban e felvétel mellett is a tüdő parenchymájába kell jutniok. Hogy belégzés által experimentális elsőleges bronchopneumonia caseosa keletkezhetik, azt a német kórtani társaság IV-dik ülésén Hamburgban Ziegler, Ponfick és Schmorl mutatták be és emberen egy sajnos véletlen ugyanezt Tappeinernek szolgálatán a belégzési kísérletek közben is beigazolta. De lehet-e másképen, mint inhalatio általi fertőzés útján magyarázni az ötöd-heted rangú hörgők nyálkahártyájára korlátozott primaer gümös folyamatokat, minőket Schmorl 10 emberi hulláról ír le? Mindezen tények az inhalatio ellenzőinek érveit jóformán megsemmisítik. Ehhez járul, hogy Watanabe, Ziegler laboratóriumában legújabbban is kísérletes belégzési bronchopneumoniát birt előállítani. Előadónak érdeme, hogy Watanabe mellett ő a legújabb szerző, a kinek ily inhalatio kísérletek által pozitív eredményt sikerült elérnie és érdeme, hogy az emberi gümőkóros fertőzésnek leggyakoribb főkapuját a tüdőt deklarálja, melyben a bacillusok vagy mindjárt helyben indítják meg a specifikus folyamatot, vagy a nyirkárammal a megfelelő mirigyekbe hurczoltatnak el, azok megbetegedését eredményezvén. Ha visszaemlékezünk a Pettenkofer-féle talajméleletre, a mely szerint a talaj vizének rögtönös sülyedése által szabadá és szárazzá váló felszínes talajrétegekből bizonyos fertőző méreg, például a typhusé a légbe emelkednek; ha visszaemlékezünk ezen időszakra, melyben tehát a typhust belégzés útján származtatták és ezen álláspontot a mai általános elfogadott nézettel összevetjük, tudjuk, hogy a fertőző betegségeknek behatolási kapuját főleg azon anatómiai utak képezik, melyek a fertőző betegséget jellemző leggyakoribb lokalizációjá szervekhez vezetnek. Azért ma senki sem hiszi már, hogy a typhust belélegezzük, mindnyájan meg vagyunk győződve, hogy a typhust, ép úgy mint a cholérát, megesszszük vagy megiszszuk. És mindezen kísérletek, melyeket most felidéztem, a mellett bizonyítanak, hogy a gümőkórt túlnyomóan belélegezzük. E tekintetben tehát előadónak álláspontját teljesen osztom és túlhajtottnak tekinteném azon álláspontot, mely a tüdőbeli lokalizatio oly nagy gyakorisága által jellemzett gümőkórt a bélesatorna útján történő fertőzéstől kívánna magyarázni. Az ilyen magyarázat párhuzamba volna helyezendő a Pettenkofer-féle felfogással, mely a bélythust belégzési fertőzéstől magyarázta.

Az etetési vagy alimentáris gümőkór, melylyel előadó behatóan foglalkozott, első támogatást azon körülményben lel, hogy a vizsgált tejpróbáknak átlag 20%-ában és a vizsgált vajpróbáknak átlag 10%-ában lettek gümöbacillusok kimutatva. Nonewitsch gümös nők tejében is hat eset közül háromszor mutatott ki gümöbacillust; Rapp, Rabinowitsch és Obermüller vizsgálataiból pedig tudjuk, hogy a tej gümöbacillus tartalma nem feltétlenül függ a töggynek megbetegedésétől. Hiszen Roger és Garnier szintén ép emlőmirigy mellett találtak bacillust a tejben. Bizonyos, hogy az állat megbízhatóságát a tuberculin-reactio negatív eredménye, a bacillus jelenlétét a tejben pedig csak az állatkísérlet döntheti el (Zorawsky). Az alimentáris gümőkórra nem kevésbé fontosak Nicolas és Descos kísérletei, melyek a gümöbacillusnak a bélhuzamból való rapid felszívódását bizonyítják. Így a gümöbacillusal kevert húslevesnek élvezése után kutyáknál már 3 óra múlva voltak a bacillusok a ductus thoracicusban kimutathatók. Bizonyos az is, hogy előadónak teljesen igaza van, ha azt mondja, hogy a bélfékely semmi-képen sem állhat meg az alimentáris infectio kriteriumaként és hogy a fodormirigyek gümőkórja genetikussá jelentőségére nézve teljesen aequivalens a primaer bélfékelylyel.

Újabban Grawitz hangsúlyozza a bélfékelyek nagy ritkaságát oly esetekben is, a hol a fodormirigyek meg vannak betegedve és a hol az

illetők éveken át nyelték a bacillustartalmú köpetet. De Grawitz e tételét előadó még jobban praecisirozza, a mikor a statisztikai adatokból azon ismert tényt vonja le, mely szerint gyermekeknek gyakoribb a fodormirigyek affectioja, mint a bélfékely, felnőtteknél pedig megfordítva; oly tény, melyet már Klebs is hangsúlyoz. Ezek szerint az ingestio útján való fertőzés mellett szól: a gümöbacillus előfordulása a tápszekrében (tej, vaj); a primaer bél- és fodormirigykór előfordulása; a kettőnek kísérletes előállítása s a gümöbacillusok kimutatása a chylusban 3–4 órával az ingestio után. Figyelmén kívül nem hagyható azonban, hogy az ingestio mellett szóló mindezen érvek egészben véve relatív ritkaságot képeznek. Miután Behring a tápasatornabeli fertőzéstől a casseli congressuson elmondott álláspontjára vonatkozólag részletes adatait nem közölte, arról végleges vélemény nehezen mondható. Ki kell azonban emelnem, hogy — mint fentebb már megjegyeztem — az azt megalapító histológiai vizsgálatok (Disse), mint azt Schütz kollega a Budapesti Orvosi Újság legutóbbi számában kifejti, egyelőre elégteleneknek tekintendők. Különös érdeme előadónak, hogy kellő méltánylásban részesítette és felhívta a figyelmet a tápasatorna kezdeti, szájüreghelyi részének alimentáris infectiojára, a mely eddig, bár nem volt ismeretlen, de teljes jelentősége szerint nem lett méltányolva. Felhívja a figyelmet, hogy etetési kísérleteknél az előadótól „oralis“-nak nevezett infectio többször következett be, mint az intestinális, úgyszintén, hogy a fodormirigyek infectioja csekélyebb volt, mint a cervicális mirigyeké. Ezen infectióknál mindenesetre a tonsilláknak is jut szerepük. Midőn Baup kutyák és házinyulak tonsilláiba tiszta gümöbacillus kultúrát oltott, a nyaki és mediastinális mirigyek betegedtek meg. Nem kevésbé fontosak e tekintetben Grober vizsgálatai, a ki chinai tust fecskendezvén be a tonsillák parenchymájába, azt a nyaki, a gátorbéli, a felső thoraxapertura nyirokmirigybe és a tüdők csücskében találta meg; a tracheába fecskendezett chinai tus pedig részben a tüdők felszínén a felületes interlobuláris nyirokpályákban jelent meg, részben pedig a pleura-ürbe szabadon kiválasztott. Ezzel szemben előadó oralis infectiót, mint említve volt, főleg a cervicális mirigyek megbetegedését észlelte. Egészben véve a garatbeli fertőzés mellett szól: a nyirokmirigy-tuberculosis experimentális előállítása a tonsillába való fecskendezés által, ellene pedig a primaer tonsillaris megbetegedés nagy ritkasága (6–30%), főleg a hörgöcskék és tüdőgümőkórral szemben. Előadónak érdeme, hogy ezen oralis infectiót is a behatolási kapu sértelességére és a cervicális nyirokmirigy-tuberculosisnak alimentáris úton való keletkezésének lehetőségére utalt, a mint ő általában a szájgarat-üreget tekinti a tüdő, mint leggyakoribb főkapu, után a fertőzés második főkapujának.

Felhasználásomban — azt hiszem — elégségesen méltányoltam előadónak a kérdés körül szerzett érdemeit és ha vizsgálati eredményeinek 8. pontját illetőleg, hogy t. i. a gümőkór localisatioját az infectio kapuja és nem a szervek dispositioja határozza meg, fejtegetésekbe nem bocsátkozom, azt az idő előrehaladt volta és azon körülmény indokolja, hogy ezen pont értelmére nézve előadótól még külön felvilágosítást bátorkodik kérni.

Berend Miklós: 1900-ban e helyen Preisich Kornél barátjával a Stefánia-gyermekkórház beteganyagán végzett scrophulosis vizsgálatokról beszámolva, azon meggyőződésüket fejezték ki, hogy miután a mely scrophulosis folyamatok minden esete, a felületesek legnagyobb része positiv tuberculinreactiót ad (összesen 90%-a az eseteknek), a scrophulosis ez alapon sem tekinthető másnak, mint lokaltuberculosisnak. Kísérleteiket újabban, sokkal kisebb adag tuberculinall Heubner megismételte, ugyanazon eredménnyel s ugyanazon conclusiora jön. Hogy kell egy különös dispositio a scrophulosis létrejöttére, az eldöntve máig sincs, de valószínű, hogy a hogy megdőlt a tuberculosis hereditás eddig fen-tartott tantétele, ép úgy meg fog dőlni a dispositio is, már legalább azon értelemben, hogy ezt a dispositiot specifikus természetűnek kell tartanunk, hogy tuberculosis vagy más betegség által gyengített szülő gyermeke gyengébb, kevésbé resistens, de ennek a gyengeségnek specifikus vonása kimutatva épen nincs és miben sem különbözik ez azon gyengeségtől, a mely bélhurutok, protrahált pneumoniák, rhachitis stb. után fejlődik, a melyek, mint tudjuk, a scrophulosisra ugyancsak disponálnak. Mindezekben többé az esetekben többé vagy kevésbé megkönnyített a tuberculosis-fertőzés módja, az kétségtelen, de sem Czerny, a ki leg-újabbban toxemiás alapon a szövethedvek vegyi alteratiójából igyekszik ezt magyarázni, sem a régiek közül Virchow, az újabbak közül Cornet nem bizonyították be azt, hogy akár a mirigyrendszer védelmi, vagy a versejtek baktericid képessége valamely specifikus csökkenést mutat. Igenis, ha kimutatható volna az, a mit előadó kísérleteinek alapján bebizonyítottak vesz, „a nyirkedényrendszer, a stomatak tökéletlen alkotása, minélfogva a mikrobák azokon könnyebben keresztül hatolnak“, ez teljesen megmagyarázná a scrophulosis dispositiot és indokolná azt is, hogy ez el-avult szó helyébe a „lymphaticus“-t akarja beilleszteni az orvosi nomenclatura sorába. Az előadó azt azonban csak felveszi és konstatálni kell szólnak, hogy kísérletei közt egyet sem talál, a melyből jogosan következtetni lehetne azt, hogy az embernél a nyálkahártyák permeabilitási foka milyen állapotban van. Azt a propositiot, hogy a scrophulosis szót a lymphatismussal helyettesítsük, nem nevezheti szerencsés gondolatnak, mert scrophulosis alatt mégis értünk egy határozott fogalmat — én a gyermekek lokaltuberculosisát —, de a „lymphaticus“ szó nem fejez ki semmit, mert a nyirkmirigyek hajlama chronikus hyperplasiára, a mit e néven nevezni szoktunk s a hova tartozik pl. a hypertroph. tonsillák és adenoid vegetatiók legnagyobb része, és a mirigyek tuberculosis fertőzete közt még nagy úr táton (Hübner). Hogy a lymphatismus esetleg disponál scrophulosisra, azt elismeri, sőt azt is állítja, hogy a lymphaticus alkat igen sokszor már a megtörtént tuberculosis-

fertőzés következménye, de hogy azzal egy, azt tagadja: utal a klinikus tapasztalatra, hogy chronikus bélhurutban szenvedő betegek hasfalán majdnem állandó lelet az obliterált nyirkosomók kimutatása s hogy cariosus fogak, rhachitis, fejeczema mellett a lymphaticus alkat kifejlődése mindennapi dolog.

Vizsgáljuk egy kicsit közelebből az előadó állatkísérleteit, a melyekre támaszkodik. Előadó Cornetnek az ővét megelőző, 750 állatra vonatkozó kísérleteit nem tartja bizonyító értékűeknek, mert bedörzsölt tbc.-bac.-sal vagy pyogen mikrobákkal előidézett phlegmonék és pustulák görvélyes jelenségeknek nem tekinthetők. Igaza lehet, bár abban téved, hogy Cornet minden alkalommal látott ilyen folyamatokat, mert ott, a hol a bedörzsölés nem volt erős, a legtöbbször semmi lokális elváltozás a bőrön vagy nyákhártyán nem fejlődött Cornet kísérleteiben. De ha előadó a Cornet 750 kísérletét elvetendőnek tartja, szóló kénytelen kimondani, hogy ép oly kevésbé hajlandó görvélyeseknek venni azon infectiókat, pl. a hol fémsondával a bázisigba hatolva, ott „felületes horzsolást előidézve” fertőzte a nyulakat; ezek sebfertőzések. Nem hajlandó szóló a staphylococcus alimentaris-fertőzéseket ideszámítani, mert az ezek után kifejlődött nyaki mirigydagánatoknak a görvélykórhoz semmi közük, ezek pyogen-infectiók; nem tartoznak ide a fiatal tengeri malacok fertőzései, mert azok néhány nap alatt elpusztultak septicaemiában; nem tartoznak ide végre a nyulak, a melyeknél az alimentaris fertőzés, mint azt előadó mondja is, nem vezetett eredményre. Nem maradna tehát más e csoportból, mint a virulens Behring 16 n. serumkultúrával fertőzött bat malacz, a melyek mind kaptak nyaki és mesenterialis mirigy-tbc.-t és a sputummal fertőzött 12 nagyobb malacz, a melyek közül háromnál hideg tályogok fejlődtek. Még ha elismerné is, hogy ezek scrophulosis-esetek, akkor sem tudná vagy merné e 18 állatkísérletből sem a pyogen scrophulosis fogalmát deducálni vagy bizonyítani, sem a nyákhártya nagyobb permeabilitási fokát „scrophulosis constitutiojü” állatoknál felvenni, ez a „pyogen scrophulosis” szó Cornetnak ugys egy fogalomzavaró és semmivel nem bizonyított találmánya; lehet szó pyogen fertőzés utáni secundaer tuberculosistról, de pyogen scrophulosis nincs és nem következik az előadó kísérleteiből sem, a melyekből az sem vehető ki, hogy mely állatokat nevez „scrophulosis constitutiojának”. Ezeknek a kísérleteknek igen nagy érdeme szóló szemében, hogy újra rámutatnak arra, a mit Cornet és követői már rég tanítanak: hogy tuberculos-bacillus az intact nyákhártyán átvándorolhat, de a mi a tengeri malaczra áll, az az emberre *absolutum nem vihető át* és kénytelen szóló hangsúlyozni, hogy a bacillusok ily átvándorlása az ép nyákhártyán embernél nem is valószínű, hisz előadó maga is elismeri, hogy nyulaknál a fertőzés e módja célhoz nem vezetett; *miért eiszti tehát át deductióit egyenesen az emberre?* Mindenesetre újabb impulsust adnak az előadó vizsgálatai azon irányban, hogy a nyákhártya permeabilitási foka bakteriumok iránt tanulmányoztassék és e tekintetben felhívja szóló Kuss egy francia monographiájára a figyelmet, a ki kimutatja bronchialis mirigy hyperplasiáknál a primaer tüdőlaesiókat, a melyeket eddig senki sem talált, pedig éppen a tüdőben hittük eddig leginkább, hogy átmennek a nyákhártyára bacillusok. Hiszen ha egy tuberculosus tej egyszerű ivása pl. elég volna embernél a tbc.-infectioa ép nyákhártyák mellett, senki sem maradhatna életben. Tagadja szóló egyáltalában, hogy az a 18 malacz megbetegedése az emberi scrophulával identikus, hiszen még Behring és Römer 1903-ban (Wien. klin. Wochenschr. Nr. 12) azt állították, hogy virulentia, dosirozás, bemeneti kapu, az egyén physiolog. állapota, mind számbaveendő tényezők egy tbc.-infectio megítélésénél s Krompecher kísérletei gyenge virulentiájú tbc.-bacillusokkal, hideg tályogok előidézése előtt bacillusokkal, necrosisok és elsajtosodások a bac. alkalikus vagy aetherextractumával eléggé bizonyítják, hogy a virulentia kérdés, a melyre az előadó nem fektetett semmi súlyt, *negligálni nem lehet*. Pedig ha egyebet nem, de ezt magának az előadónak kísérletei is bizonyítják és sajnálja szóló, hogy ez a következtetés az előadó figyelmét elkerülte; a virulens kultúrával fertőzött állatok mind megbetegedtek, a sputummal inficiáltaknak pedig csak a negyedrésze. A virulentia-kérdés említésével elérkezett a tisztelt Orvosegyesület a scrophulosis definitiojához és ahhoz, hogy miért sajátsága az a gyermekkor. Azért tisztelt Orvosegyesület, mert a gyermekkor hiányos védőszervezeténél fogva már oly csekély számú vagy oly kevés virulens tbc.-bacillusok is ideznek elő a gyermeknél gümös helybeli megbetegedést, a melyek a felnőtt szervezetében semmiféle elváltozást nem okoznak s ezeket nevezzük scrophulosisnak. Hogy a dolog csak így lehet, arra csak azt az egy érvet akarja felhozni, hogy másként, mint így *absolutum nem lehet* megmagyarázni a gyermekkor jellemző rapid lefolyású, általános gümösödés eseteit nagyobb mérvű fertőzéssel. Sokan, például Arloing, ki is mutatták, hogy scrophulosis gümösbacillusai kevésbé virulensek s ha Cornet és követői ezt tagadják is, annyit kénytelenek beismerni, hogy scrophulosis anyaggal oltott állatok általában lassabb lefolyású megbetegedést mutatnak.

A mi az alimentaris fertőzés kérdéséről illeti, arra nézve bátor előadót az Orvosi Hetilap jelen számában megjelent dolgozatára figyelemztetni, a melyben Behring tehéntej-infectio elmélete ellen — tudtával először — állást foglalt; örvendő konstataja, hogy azóta Baginsky, Heubner, legutóbb Czerny kórodájáról Schütz ugyanígy nyilatkoztak. Próbaelődása óta egy újabb adattal is járulhat a kérdés tisztázásához. Bókay tanár szíves engedélyével az elmúlt 15 év bonczjegyzőkönyveiből a kórházban elhalt mesterségesen táplált egy éven aluli gyermekek bonczolatait áttanulmányozta azon célzattal, hogy mennyiben talál ezeknél primaer mesenterialis-mirigy-hyperplasiákat, a melyek digestiv fertőzésre engedődnek következtetni: nem talált egyet sem. Megemlíti még, hogy Bloch újabb vizsgálatai a csecsemők gyomorbélesatornájának histológiájáról, a sósav, ferment és oltó kimutatása

az újszülött embernél — ellentétben a tengerimalaccczal és kutyával — teljesen ellentétben állnak a Römer és Disse féle vizsgálatokon épülő Behring-féle praemissákkal.

Még csak egy megjegyzése van. Az előadó a coxistit tartja a leggyakoribb esontuberculosis formának; téved, mert a gerinceoszlop és térdizület betegségei gyakoribbak (Watson-Cheyne-Billroth), de azt hiszi, még nagyobb téved az előadó abban, mikor a coxaizület közelségéből az ileocecalis tájhoz érve konstruál az alimentaris fertőzés mellett, mert ha így volna, akkor főleg jobboldali coxistiseket látnánk.

(Vége következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(XIII. bemutató ülés 1903. november 25-dikén.)

Elnök: Schrod Antal: jegyző: Juba Adolf.

(Vége.)

Az elváltozás a bőrön a rhinosclerománál szokatlan terjedelmű kifeléyesedés és a fekély partjainak jól tapintható elhatárolódása miatt hasonlít rostos rákhoz, de a görösövi lelet ellene szól. A mikroszkopos metszetekben ugyanis hol rostos sejtszegény, hol pedig bősejtű sarjszövet látható, mely utóbbi főtömegében plasmasejtekből áll, ezeken kívül hízó sejteket, polynuclearis, endothelszerű és orsósejteket, továbbá kisebb-nagyobb különböző alakú, egyszerű úgynevezett „hyalin” testeket is tartalmaz, melyek részben szabadon, nagyobbára azonban sejtekben foglalnak helyet.

A hullából vett anyagban sem Mikulicz-sejteket, sem rhinoscleroma-bacillust nem talált, holott a Róna tanár által ugyanezen egyénből négy évvel a halál előtt kiirtott szövettanában bőven voltak jelen.

A Róna tanár által rendelkezésére bocsátott 4 év előtti szövetrészlet metszeteiben a bacillus festésére legalkalmasabbnak találta a borax-methylénkéket, melyet különféle egyéb, mások által ajánlott festési eljárásokkal való kísérletezés ki nem elégitő eredménye után próbált meg. A methodust egyszerűsége (festés 20 percig, kimosás vízben, legfeljebb 1 perczig tartó víztelenítés alkoholban, origanmollaj, kanadabalsam) és megbízhatósága miatt formalinban fixált anyagra nézve melegen ajánlja.

A négy év előtt kiirtott anyag és a hullaszövet metszeteinek összehasonlításánál feltűnt, hogy az úgynevezett hyalinos sejtek legáltalab alakjai nem találhatók oly szövettanban, a mely sem Mikulicz-féle sejteket, sem bacillusokat nem tartalmaz. Ezen körülmény valószínűvé teszi, hogy az az inger, mely a rhinoscleromás szövet sejtjeiben a hyalinos degenerációt megindítja, a rhinoscleroma bacillusának tönkremenetele folytán szűnik meg, s így a hyalinos anyag képződése és a scleromabacillus életműködése közt összefüggés állhat fenn.

Róna Sámuel: A mióta a demonstrált rendkívül érdekes esetet észlelte, azóta hat ily rhinoscleroma-eset áll rendelkezésére. Kettő lrsai szívésségéből, a hol az áll alatti mirigyeket is megvizsgálhatta és az eredmény ezek közül csak kétszer volt negatív. Ebből nem az következik, hogy a mirigyekben nem volt bacillus, hanem hogy véletlenül olyan mirigyet vett ki, a melyben bacillus nem volt jelen. Marschalkó is vizsgált egy esetet negatív eredménnyel. A prágai klinikán két esetben vizsgáltak ép mirigyeket és pedig pozitív eredménnyel. Tehát kilenc eset közül hatszor pozitív volt a bacillaris lelet. Hogy ezen mirigyelváltozás metastasisként fogandó-e fel, azt további vizsgálatok dönthetik csak el.

Irsai Arthur: A rhinoscleroma elnevezést ellenzi, mert az csak az orra vonatkozik. Ajánlja csak a scleroma elnevezést, mert ez a különböző helyek szerint lehet laryngo- és tracheo-scleroma Störk blennorrhoea laryngisnak, Ganghofer chondritis hypertrophica subglotticának nevezi a folyamatot.

Mycosis tonsillaris benigna.

Irsai Arthur: A 9 éves leányka egy héttel ezelőtt jelentkezett mint járóbeteg a kórházban. Panaszát a torkában székelő szárazság és karezozlási érzet képezi. Láztalan. Mindkét tonsillán számos, fehéres, részben sárgás-szürkés göböske és tövis: kinövés, melyek felületesen székelnek vagy a lacunákba emelkednek ki. Ugyanilyen elváltozások láthatók gégetükörrel a nyelvgyökön is.

Érdekes az eset, mert esetleg a ki ilyen esetet nem látott, annak nem egészen könnyű a kórisme. Itt u. i. a Fränkel B. által leírt u. n. mycosis benignával van dolgunk, mely ha erősen ki van fejlődve, diphtheritissel is összetéveszthető, de leggyakrabban tonsillitis follicularis benyomását teszi. A görösövi vizsgálat azt mutatta, hogy a kiemelkedések leptothrix tömegéből állanak; ezért a bajt mycosis tonsillaris leptothricának is nevezték. Legtöbb szerző azonban nem a leptothrixet, hanem a felhámelszarosodást tartja jellegzetesnek, ezért hyperkeratosus faucium-nak is nevezik. Az elváltozás csak a nyelvgyökön és a tonsillákra jelentkezik. A betegség igen makacs. Makkfogóval vagy pincetével kell az egyes göböket vagy csapokat eltávolítani. Ha nem tökéletes az eltávolítás, gyorsan megszapornodnak ismét. Jurasz említi, hogy néha erős dohányzástól is pusztulnak. Ez az észlelet magyarázná meg talán azt, hogy leginkább gyermekeknél és asszonyoknál fordul elő.

Súlyos syphilis kezelése intramuscularis sublimat-injectioval.

Irsai Arthur: 28 éves beteg október 12-dikén vététt fel a Margit-kórházba. Három évvel ezelőtt történt az infectio. Másodlagos tünetek csakhamar jelentkeztek. Gégebaj 1 1/2 év óta áll fenn. Baját sokfelé kezelték, de a Hg-kezelést hamar abba kellett hagyni a szájtünetek

miatt, ezért utóbb már nem is gyógyíttatta magát. Gégebaja rosszabbodott annyira, hogy fuladozás vett rajta erőt. Felvételt oly nagyfokú nehézlégzés volt, hogy a gégetükri vizsgálat csak nehezen volt megkezdhető. Mindkét hangszálalag és kannaporcok fekélyesek és oedemások; a hangrés alig egy vékony lúdtoll vastagságú szélességgel bír; az epiglottis élénkpiros és nagy fokban duzzadt. Első teendőjének a tracheotomia látszott. Régi tapasztalata alapján, hogy még ilyen súlyos esetekben is képes volt a tracheotomiát intramusculáris sublimat-injectiókkal eikerülni, itt is megpróbálta azt. Már az első injectio után látható volt a javulás és jelenleg a hetedik injectio után stenosisnak már nincs jele. A fekélyek meggyógyultak, oedema eltűnt, gégerés elég tág. Rendszeres 5%-os sublimatinjectiókat szokott használni hétnapos időközökben, de itt a szokásos szájtünetek miatt csak 3%-osat alkalmazott négynapos időközökben.

Érdekes még, hogy míg egyebütt a higanykezeléseket be kellett szüntetni a szájtünetek miatt, itt csak az első injectio után mutatkozott esékély salivatio. De a kezdettől fogva praecise keresztülvitt száj- illetve foghúspólas (tinct. jodi és tinct. gallarum-ecsetelések és sűrű szájtörlőket) eredményezték, hogy ezentúl semmiféle szájtünet nem mutatkozott, a mi a Hg-kezelést gátolta volna.

Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(1903. április 30-diki ülés.)

Elnök: Réczey Imre; jegyző: Dapsy Viktor.

Chronikus staphylococcus különös esete.

Zimmermann Károly: Egy megjelenésében és lefolyásában szokatlan és nehezen értelmezhető körképet mutat be, a melynek gyógykezelésével már több mint egy éve foglalkozkodik a klinikán. Daczára, hogy ezen idő alatt a legkülönbözőbb módon törekedett a diagnosis biztosítására, az ez idő szerint épen oly homályos, mint egy évvel ezelőtt. A foganatosított legkülönbözőbb gyógyeljárások daczára a folyamat ma is épen úgy terjed, mint egy évvel ezelőtt. Az eset a következő:

V. R., 19 éves nő. Felvétetett 1902. február 17-dikén. Atyja, anyja él, egészséges, öt testvére él, kettő tüdőgyulladásban halt el.

Nem köhög, véreset nem köpött. Egy évvel ezelőtt tü törött bal hüvelykujjába. Két hónap előtt ujját megvágta s ekkor állítólag a sebtől három tűrtömleket távolított el. Egy hónappal ezelőtt a bal alkar hajlító oldalán körülbelül annak közepén furunculusa keletkezett, a melyet a bejáró betegrendelésen felnyitottak, sebé azonban nem gyógyult, a folyamat pedig tovább terjedt. 3-5 nap múlva 4-8 cm.-re az első bemetszés helyétől fájdalmas duzzanat keletkezett, a mely felett a bőr pirosan elszínesedett, a subcutan kötőszövet lobosan beszűrődött volt. A lobos helyet incidálták, de 3-5 nap múlva ismét távolabb lépett fel az infiltratio. Így terjedt lassanként a folyamat a kéz felé egészen a tenyérig, majd onnan vissza az alkar feszítő oldalára. Felvételekor a bal alkar hajlító oldalán a középső harmadban egy 8 cm.-nyi hosszmetszés van, a mely tisztán sarjadzik. A feszítő oldalon három 5-8 cm. hosszú bemetszés látható. Ezen metszések bár tisztán sarjadzók, lassan gyógyulnak. A legfrissebb metszés egyik végében a sebszél megnyomásra a subcutan zsírszövetben egy genycepp jelenik meg. Ezen helyen sondával a subcutan zsírszövetben létesült seb 4-5 cm. hosszú járatba jutunk. A menetből nyomásra geny ürül. A genyből áttörő is jól tenyésző staphylococcus pyogenes aureus tenyésztett ki. A többször foganatosított bakteriologiai vizsgálatnál mindig ugyanezen bakteriumfajt voltak képesek kimutatni, egyszer-mászor streptococcus pyogenes társulva. Vérvizsgálat: 2.274.000 vörös véresejt, 5312 fehér véresejt; 63% haemoglobin, 180 fehér véresejt közül polynuclearis neutrophil 135, átmeneti neutrophil 15, kis lymphocytá 26, eosinophil polynuclearis 4.

Igen sok intra- és extracelluláris vérlemeske. Vizelet napi mennyisége 1000 gm., tiszta, borsárga, fajsúlya 1026, vegyhatása savi; kóros alkotórészeket, fehérjét, cukrot stb. nem tartalmaz.

A szemfenékvizsgálatkor jobboldalt lefolyt chorioiditis disseminata látható. Látótérvizsgálat rendestől eltérést nem mutat. A bal kar és egyéb testrészek tapintó-, hő- és fájdalomérzése rendes. Eleintén arra szorítottunk, hogy kis metszésekkel a menet másik végét vájt kutató felett kitértük és a genynek szabad folyást biztosítottunk. A járatot rajta áthúzott gazeccikkal draineztük, mire az 4-5 nap alatt meggyógyult. Közben néhányszor hosszú metszésekkel tártuk fel a járatokat.

Mindkét eljárás eredménytelen volt, a mennyiben a járat felhajtása után az 5-6-dik napon a sebtől 4-5 cm.-nyire fekvő bőrterület ismét megduzzadt, pirosan elszínesedett, fájdalmas lett. Ily kiújulás alkalmával a betegnek egyszer-mászor rázó hidegségei voltak. Ily módon terjedt a folyamat a furunculus helyétől a tenyér felé. Az alkar hátoldalán felfelé a felkar külső oldalára, innen fel a vállra, a hátra, vissza a karra, majd ismét vissza a hátra, azután az axillán át a mellre s a mellet megkerülve ismét vissza a hátra. A folyamat mindig a subcutan zsírszövetben terjedt tovább, a fasciák alá sohasem fértözött be, a test középvonalát soha nem haladta meg, hanem például a mellen függőlegesen haladt le a középvonalban. E mellett a környi nyirokesomók duzzadva nem voltak, nem fájtak. A beteg nagymennyiségű arsen (30 csepp sol. arsen. Fowleri pro die), jodkalit, furunculint szedett belsőleg minden különös hatás nélkül. Sebeit nedves sublimatos, alkoholos, Burow-oldatos és alkohol-cellit kötésekkel, protahált sublimat-fürdőkkel kezeltük a nélkül, hogy a folyamat tovaterjedését megakadályoz-

hattuk volna. A sipolyokat jodoformglycerin-oldattal fecskendeztük ki minden eredmény nélkül. A betegnek állandóan rendetlen lázai voltak, a melyek pyaemiás jellegűek, koronként a hőmérséke 40° C.-t is elér; többször voltak rázóhidegei. E lázak antipyreticumokra sem multak el, úgy hogy a Credé-féle collargol intravenosus injectioit is megpróbáltuk (2 cgm. pro die a vena medianába) unguentum collargoli Credével kombinálva, a melylyel a sebet és környékét kentük be, de eredmény nélkül. Az ez időben rázóhidegek alatt vett vér bakteriologiai vizsgálata negatív eredménnyel járt, a táptalajokon mikroorganizmus nem nőtt ki. 1903. február 4-dikén a legutóbb fellépett lobos göcczöt körülbelül tenyérnyi terjedelemben a fasciáig hatoló metszéssel körülvágtuk minden eredmény nélkül. A metszett seb egy pontján a folyamat tovább haladt, úgy hogy ismét a régi módszerre térünk át. A lobos területnek megfelelőleg ejtett 1-2 cm.-nyi metszésen át a járat másik végét vájt kutató felett feltártuk és steril gazeccsikt húztunk át rajta.

A járatot 3-4 napig ily módon drainezve a gazeccsikt eltávolítottuk, a mire az 2-3 nap alatt begyógyult, de a folyamat tovább terjedt. A betegnek különösen új göccz fellépésekor nagy fájdalmak vannak, éjszaka aludni nem tud s azért egynehányszor morphininjectiót kapott. Az injectiók helye körül minden egyes alkalomkor lobos infiltratio keletkezett, mely 5-6 nap alatt spontán gyógyult. Legutóbb a járatot Paquelin-égetővel égettük ki, annak egész hosszában való felhasítása után, eddig még minden eredmény nélkül.

Daczára ezen hosszú idő óta fennálló, rendetlen lázaktól kísért bántalomnak, a beteg közérzete elég jó, tápláltsága kielégítő, csak kisfokú anaemia van jelen. A folyamat jelenleg a bordaív magasságában a hát felé terjed. Eddig a beteg 52 incisiót végeztünk. A folyamat járatok alakjában lassan tovaterjedő genyedés alakjában jelentkezik. A baj phlegmonének nem minősíthető, mert járatok alakjában terjedt tovább. Lymphangoitisnek sem nevezhető, mert nem terjed a nyirkutaknak megfelelőleg. A staphylococcus elnevezés sem felel meg teljesen, mert nem lehet bebizonyítani, vajjon a járatok genyéből többször kitenyészett staphylo-, később staphylo- és streptococcusok okozzák-e a genyedet, vagy csak secundaer vándoroltak be a bőr alatti zsírszövetbe. Kiemelendő a körképben a subcutan kötőszövetben lassan tovahaladó járatok, a melyek soha a fasciák alá nem terjednek; kiemelendő a bajnak a baloldali mellkasra és bal végtagra lokalizált volta; kiemelendő, hogy a folyamat soha a középvonalon túl nem terjedt és hogy morphinbefecskendezés után minden egyes esetben bőr alatti infiltratumok keletkeztek. Mindezt számba véve, úgy látszik a beteg szervezetének valami különös dispositioja okozza a baj fennállását.

Mivel az irodalomban, a mennyiben az számára hozzáférhető volt, hasonló esetet sehol sem talált, bemutatja a beteget, hogy ez által a baj lényege és a gyógykezelése céljából további támpontokat nyerjen.

Mycosis fungoides.

Zimmermann Károly: Az Alibert által mycosis fungoidesnek nevezett ritka bőrbántalom két esetét mutatja be.

Röviden vázolja a betegségről szóló ismereteink mai állását; vizsgálatainak eredményéről s a belőle levonható deductiókról, majd ha szövettani készítmények állanak rendelkezésére, annak idején be fog számolni. A betegek kórtörténete a következő:

1. Sz. J., 44 éves, szabó. Felvétetett 1903. április 14-dikén. Atyja gutaütésben 43 éves korában, anyja tüdővészben 41 éves korában halt el. Nyolcz éves koráig teljesen egészséges volt, ekkor baloldalt csipőizületi gyuladása támadt, a mely feltört, soká genyedt; körülbelül két év alatt gyógyult. 28 éves korában nősült. Felesége egészséges, gyermekei nincsenek, nem abortált soha. Ő maga leest tagad. Nem köhög, véreset soha nem köpött. 4-5 év előtt nagyfokú viszketés bántotta; bőrén vörös foltok keletkeztek, melyek elmúltak, majd ismét visszatért. Két év előtt bőrén, különösen mellén, viszkető, vöröses, erősen hámló kütteg keletkezett, mely azóta nem mulott. Ugyanekkor baloldalt csipőitáján daganata támadt, mely kezdetben kicsiny volt, majd gyermektenyérnyi, laposan kiemelkedő terimenagyobbodás fejlődött. (Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

220/904. kig. sz.

A bácskai járásban bekebelezett Kiskér községben lemondás következtében megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom az ezen állást elnyerni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a és az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ában meghatározott képesítésüket igazoló okmányokkal felleltendő folyamodványukat hozzám 1904. évi február hó 29. napjáig annál is inkább nyújtsák be, mert az azon túl érkezőket figyelembe nem fogom venni.

Ezen állás javadalmazása a következő:

1. 800 korona, azaz nyolczszáz korona évi fizetés.

2. Esetenként 80 fillér látogatási díj.

3. Ha sok a beteg, vagy rossz az időjárás, a községi előfogatos az orvosnak rendelkezésére áll, vagy orvos betegek látogatására is.

Ezen javadalmazásnak a látogatási díjra vonatkozó része a múlt évi december hó 19-dikén hozott községi képviselőtestületi határozatnak a vármegyei törvényhatóság által leendő jóváhagyása után lép hatályba.

A megválasztandó orvos köteles lesz a kézi gyógyszerár jogáért folyamodni. A választás 1904. évi március hó 14. napján d. e. 10 órakor fog Kiskér községházánál megtartatni.

B á c s - K u l a, 1904. január 26-dikán.

3-2

Széchenyi Tamás főszolgabíró.

A tuberculosis a háziállatok között és a tejkérdés.

Irtta

és az országos közegészségi tanács elé terjeszti

TORMAY BÉLA,

miniszteri tanácsos.

Tekintetes Tanács!

A tanács állandó reformbizottságától azt a megbízatást nyertem, hogy tuberculosis munkálata számára állítsam össze: a tuberculosis miként uralkodik hazánkban a háziállatok között? Mi történik ezen betegség leküzdésére? Miként áll a tej kérdése és mit vélek az állatvédelem szempontjából célszerűnek?

Ennek a megbízatásnak megfelelően, van szerencsém a következőket előterjeszteni:

A tuberculosis a háziállatok között.

Ha a gümőkór az embereken olyan acut lefolyással bírna mint a pestis, ha az az állatoknál olyan módon lépne fel mint a marhavész, akkor bizonyára úgy az ember-, valamint állategészségügy-rendészetében hathatós és lehetőleg gyorsan célhoz vezető intézkedések tételre volna a tuberculosis elfojtására.

A marhavészt említettem mint példát és azt hiszem, jobbat ennél idézni alig lehet. A marhavész okozta, hogy az állatorvoslás felkaroltatott, ez a betegség vitte rá az egyes európai országokat arra, hogy az állatok orvoslásának tanítása fogantatva vétetett, hogy az e téren való kísérleti ügy felkaroltatott, de eredményezte azt is, hogy a szükségnek megfelelő állategészségügy-rendészeti intézkedések megállapításán, ezek életbe léptettek és a kereskedelmi forgalomban az állategészségügyi szempontok döntő befolyást nyertek.

Eleintén, különösen nálunk a kormányok idegenkedtek az állategészségügyi követelmények kielégítésétől, de a szükség kényszerének engedni voltak kénytelenek és legelőször, a meglehetően téves alapra fektetett fiskális szempontból, engedtetett akkor, mikor meghozták 1874-ben a XX., a keleti marhavész ellen való védekezést illető törvényt.

Ennek a törvénynek és szigorú végrehajtásának akkor tapasztalt kitünő eredménye okozta, hogy az illető körök érdeklődése az állategészségügyre irányított és annak az érdeklődésnek a következménye, hogy az állatorvoslás tanításának javítására az illető iskolának mód nyujtatott.

Szaporodott a jobban képezett szakemberek száma és így az állategészségügyet vezető földművelésügyi ministerium ezek avatottságára támaszkodva, megkezdhetette az ország felvidéken a közigazgatási hatóságok lanyha, hiányos beavatkozása, leginkább azonban az indolentiából eredő be nem avatkozása folytán elterjedést nyert ragadós pleuro-pneumonia ellen való küzdelmet. A küzdelem sikeres volt és ennek a pusztító ragadós betegségnak irtás folytán való megszűnése dicséri az állatorvosok ottani működését.

Ez alkalommal látta a kormány, meggyőződtek róla a közigazgatási hatóságok, mennyire megbízhatóbbak az irtás

munkájára kirendelt állami szakközegek, hogy mit tesz és eredményez a fegyelmezett, jól képezett szakemberek munkássága és általánosan felhangzott az összes magyarországi gazdák az az óhajta: „Lehetőleg még jobban képezni az állatorvosokat és mielőbb államosítani az állategészségügynek rendészeti részét.“

Mind a két óhajtnak elég tétel, az állatorvos főiskolában, gyakorlatilag a korona-uradalomban, a magy. kir. ménes-uradalmakban, de a törvényhatósági és járási állatorvosok oldala mellett képeztetnek az állatorvosi pályára készülők és ezekkel egészítették ki a régi elem, az egész kar emelkedik és vele a küzdelem, bármely ragadós betegség és így a gümőkór ellen is a kellő siker reményében megkezdhető.

Itt az a kérdés intéztethetné: miért nem indult meg már régebben a harc a tuberculosis ellen? mely kérdés megköveteli, hogy nála megálljunk és kissé bonczolgassuk.

Utaltunk arra, hogy a tuberculosis nem úgy pusztít az állatok között, mint ahogy az embereket acut lefolyásával irtja és rémiti a pestis, hanem csendesen szedi áldozatait és miután nézetem szerint bizonyos mezőgazdasági eljárás kedvelt alkalmazása miatt különösen a szarvasmarhák között ez a betegség újabban geometrikus arányban terjed, nagyon is ütött az óra, hogy a tuberculosis ellen erélyesebben lépünk fel és irtására vagy az esetek „gyérítésére“ a szükséges lépéseket tegyük meg, úgy, a mint azt állatbetegségekkel szemben tenni szoktuk.

Csak kevés idő mult azóta, hogy e betegségnak okozóját ismerjük (1882. december), hogy azt nemcsak akkor, mikor klinikai tünetek mutatják jelenlétét, hanem sokkal előbb, mikor az állat külsője még a legjobb egészségre vall, képesek vagyunk megállapítani és az ellene való védekezést már ekkor megindíthatjuk.

Még egy körülményt kell felemlítenünk, a mi a védekezést nálunk a multban nem helyezte előtérbe: A tuberculosis nem pusztított és ha az öreg ígás ökrök között volt is helylyelközzel igen szórványosan egy-egy darab, ezek selejtezésük esetén feljavultak nyugalomadás és jobb takarmány etetése mellett, s a vevő az ilyeneket is akadálytalanul átvette. A

többi úgynevezett „kijáró” vagy gulyabeli állat közt a (francziakóros, gyöngykóros) miliar-tuberculosisban nagy ritkán megbetegedett állatok kivételével, ennek a betegségnek más alakja ismeretlennek volt mondható.

De változtak a mezőgazdasági viszonyok, a legelőket nagyobbára felosztották és felszántották, később felkaroltatott a tejgazdaság, terjedtek a nyugot Európában otthonos tejelékenyebb jellegek, melyek a gümőkört illetőleg meglehet, hogy fogékonyabbak, mint a mi az szívósabb, szilárdabb szervezetű „magyar-erdélyi” szarvasmarha-fajtánk, de ha nem lennének is fogékonyabbak, a mikénti tartásuk miatt azzá kellett lenniük.

Láttunk egy alkalommal arról kimutatást: mifele betegségek pusztítanak a Szibériában levő börtönökben és abból meggyőződöttünk, hogy a hét évnél tovább a börtönben tartott rabok legnagyobb része „börtönbetegség”-ben pusztul el, elhalálozásukat a zsúfoltan való együttes csukvatartás folytán a közöttük levő betegekről a kór átplántálása okozta. Ilyen börtönrendszert léptettek életbe a gazdák a tejelő szarvasmarhának teljes istállózásával is, és meggyőződésünk szerint ez okozta a tuberculosis terjedését, és a terjedés nagysága mérve, jogosított fel bennünket arra, hogy azt geometrikusnak mondtuk.

Az istállózás a védekezési eljárásban fontos szereppel bír, és mert sokan vannak a szakemberek között, kik teljesen azonosnak veszik az emberek és a házi állatok, különösen a szarvasmarhák tuberculosisát, mert ez a vélekedés eddig még alapos kísérletekkel és tapasztalásokkal meg nem cáfoltatott, egyelőre kötelességünk, hogy az emberek és állatok tuberculosisát már a védekezés szempontjából is azonosnak vegyük. Ezt fel kellett említenünk, sőt azt, hogy a szoros istállózás a terjedésnek erős tényezője, bebizonyítandónak is véljük.

Amerikából egy időben nagyobb vágómarha-szállítmányok érkeztek continensünkre, részint a keleti államokból, részint Texasból való úgynevezett „nativ”-ok. A keleti államokból valók főleg istállókon neveltek voltak, a nativok szilajon nőttek fel. A keleti államokból hozottak közül 27% találtatott gümőkórosnak, holott a szilajon neveltek között csakis 0.5% volt fertőzött.

Importáltak egy alkalommal hegyi legelőkre 92 darab borzderes marhát, melyek közül tuberculin-oltásra egy kétes reactiót mutatott, 91 nem reagált, a kétes azonnal levágatott, de a legszorgosabb kórboneczani vizsgálat mellett a szakértők a tuberculosis nyomát sem voltak képesek megtalálni, holott ugyanilyen fajtabeli, nagy tejhozamot adó idősebb tehenekkel bíró szoros istállózás mellett tartott állományban a tuberculin-próbára 50% adott minden kétséget kizáró reactiót.

Ilyen példákat többeket említhetnénk, de még csak egyet óhajtok szóba hozni. A gulyabeli, de még a csordára járó tehenek között is levágáskor alig található annyira gümőkóros állat, mely tüdővésznek lenne mondható; az istállózott öreg ökrök között, melyek selejtezés után hízalva kerülnek a vágóhídra, a gümőkórosok száma már lényeges, volt pld. olyan év, melyben számuk körülbelül 13%-ra ment.

Az elsorolt és el nem sorolt esetek feljogosítanak arra, hogy az életfeltételek természetesen betöltését a betegség leküzdésében első sorba helyezzem, mire később még vissza fogok térni. Előbb azonban lássuk, hogy a szarvasmarha tuberculosis infectiók újabb elterjedtségét illetőleg, eddig milyen adatok felett rendelkezünk, melyek a teendőkre esetleg útmutatóul is szolgálhatnak.

Megjegyzem, hogy az adatszerzés csakis egyes vágóhidakon tett tapasztalatokra és tuberculinvaló beoltások alkalmával reagáló állatok számára szorítkozik, mely ha nagyon figyelemre méltó útmutatásokat ad is, kiterjedt és alapos képét az állapotnak még nem nyújthatja.¹ A laikusok — pedig ezek nagy számban vannak, kisebbnek látják a veszélyt, mint a minő.

Berlinben a megfigyelés első évében a levágott marhák 14.6, a másodikban 15.7, a harmadikban 17.4 és az utolsóban, melynek adataiba betekintettünk 23.1% találták gümőkórosnak;

Lipcsében igen pontos vágóhídi húsvizsgálat mellett szintén négy év alatt 11.1, 14.9, 22.3, 26.7%-a a levágott állatoknak volt tuberculosus.

Bécsben a múlt század utolsó tizedében szintén négy évet véve az állapot nagyon is kedvezőnek mondható, a mennyiben a levágott állatoknak összes számában a gümőkórosak csak 1.31 és 1.70% között mozogtak (a mi annak tulajdonítható, hogy ott leginkább fiatal, a hegyi és más legelőkön felnevelt és erről bekerült azonnal meghízalt állatokat vágat).

Nagy elismeréssel tartozunk Breuer Albert közbürohi felügyelő állatorvosnak, ki a székes főváros vágóhídján az 1899. évben pontosan felvett adatokból állította össze az első magyarországi statistikát a szarvasmarhák tuberculosisáról. Szerinte a székes főváros vágóhídján azon évben levágott összesen 98,531 darab szarvasmarha között gümőkóros volt 9046, a gümőkór által meglepettek közül el kellett kobozni 173 darabot, az egész összegnek 0.17%-át.¹

Fajták és ivar szerint volt:

Magyar bika	2,305.	—	Gümőkóros volt	105	4.55%
„ ökör	45,125.	—	„	6154	10.68%
„ tehén	5,710.	—	„	242	4.23%
Nyugoti bika	1,874.	—	„	47	2.50%
„ ökör	2,416.	—	„	65	2.69%
„ tehén	14,078.	—	„	2418	17.17%
Szerb bika	559.	—	„	—	—
„ ökör	25,044.	—	„	14	0.05%
„ tehén	1,420.	—	„	1	1.05%

Ez a kimutatás eléggé tájékoztató és mutatja, hogy a magyar fajta szarvasmarhánál, melyből a bikák és tehenek legelőre járnak, 4.15 és 4.24% találtatott gümőkórosnak, holott az istállózott ökrök, melyek között a legnagyobb szám vén és selejtezett ígás állat, 13.68% volt fertőzve.

A nyugoti fajta ökrök között kicsi volt a gümőkórosok száma, a minék az a magyarázata, hogy ezek többnyire már betöltött négy éves koruk előtt kerülnek értékesítésre. A tehenek az istállózás és fokozott tejtermelés ez irányú befolyását tanúsítják.

A szerb marha kivétel nélkül legelőn nevelkedik, borjú korától kezdve ott tartják, kora tavasztól késő őszig, mi bizonyára útmutatás, hogy a szabadban való mozgás, az érintkezés nehezebb volta e betegség fellépését és terjedését lényegesen csökkenti.

Rudovszky a fajták fogékonyágát törekedett tuberculosis próbákkal kimutatni. Szerinte hollandi tehenek 65.3%-ja, Shortkorn-keresztések 61.3%-a, pinzgau tehenek 53.7%-a, siemmenthali tehenek 34.0%-a reagált. Legelőnyösebb eredményt adták a honi fajtabeli állatok, melyből következteti, hogy importált állatok az új otthonban fogékonyabbak (l. Hermann tapasztalatait lentebb).

Az iménti kísérleteinek eredményeit az életkor szerint is összeállította és pedig gümőkórosok között

évesnél fiatalabb volt	12.8%
éves	26.2%
két évesig	32.1%
három évesig	37.9%
négy évesig	42.8%
négy évesnél idősebb	47.5%

A reagálók legnagyobb száma tehát az öreg fejős tehenekre esik.

¹ A vágóhidak adatai is valamivel kedvezőtlenebb állapotot mutatnak a ténylegesnél, de ezekkel szemben az oltási eredmények az általános létező állapothoz még sokkal sötétebb képet tárnak elénk.

¹ Ez a szám igen csekély és azt mutatja, hogy az olyan állatok, melyeken e betegséget klinikailag is meg lehet állapítani nem kerülnek a székes főváros vágóhídjára.

Breuer szintén összeállított nagy szorgalommal kimutatást az életkorról. Szerinte a magyar fajtánál 6501 gümőkórosnak talált állat közül

egy éves volt	6 darab —	0.09%
két éves volt	18 " —	0.2%
három éves volt	45 " —	0.6%
négy éves volt	77 " —	1.1%
öt éves volt	222 " —	3.3%
hat éves volt	804 " —	12.3%
hét évesnél idősebb volt	5326 " —	81.9%

A nyugoti fajtákból való 2530 állatnál

egy éves volt	6 darab —	0.2%
két éves volt	21 " —	0.8%
három éves volt	36 " —	1.4%
négy éves volt	39 " —	1.5%
öt éves volt	102 " —	4.0%
hat éves volt	416 " —	16.4%
hat évesnél idősebb volt	1905 " —	75.2%

A mi a betegség által meglepetteknek a korról való nagy szaporodását eléggé mutatja.

De lássunk még néhány oltási eredményt is:

Alsó-Ausztriában a tartományi bizottság végeztetett oltásokat 8774 darabon, ezek közül 23.3% mutatott tipikus reactiót. A beoltott istállózott fejős tehenek közül 44.5% az ökrök közül 19.5%-ot találtak gümőkórosnak.¹

Néhai Siedamgovtzky² az egész Németbirodalomra nézve vágóhídi adatok nyomán mutatta ki a tuberculosis állását és véleményét mondott a tuberculosisnak a szarvasmarha állományban való elterjedtségét illetőleg. Szerinte levágatott összesen az előző évben Bajorország, Baden, Poroszország, Szászország, Hamburg és a hercegségekben 1.120,498 darab, gümőkóros 127,081 = 11.3%. Beleértve a Németbirodalom többi részeiben levágott és e fentebbi összegbe fel nem vett szarvasmarhákat, a Németbirodalomban körülbelül 288,561 darab gümőkóros szarvasmarha kerül levágásra, mi az egész 17.555,834 darabot tevő állománynak 12%-a lenne.

Érdekesekek az oltási eredmények, melyeket a nagyérdemű Bang tanár nagy területen végzett. Tuberculin próbát tett 53,000 darab lármarhán, melyek közül 38.7% reagált.

Hazánkra nézve, azt hiszem, az átlagot véve leghelyesebb, ha a közölt vágóhídi eredményeket vesszük alapul. A tehenészetekben végzett tuberculin próbák túl magas arányszámokat adnának, mert itt — mint már említettük — csak az a gazda tuberculinot adott eddig, kit az istállóban levő állapot megijesztett. Az oltások valóban ijesztő állapotokra vallottak, a mennyiben a tehenek állományában a tuberculosis által meglepettek száma 27 és 63% között mozgott. Tudunk sok olyan istállót is, melyekben az egész állatállományban egyetlen darab sem reagált, így ezek teljesen tisztáknak voltak tekinthetők.

Bécsben a folyó évben értekezlet tartott a tuberculosis kérdésének megvitatása céljából. Ezen az értekezleten sok tenyésztő és számos ebben az irányban teljesen tájékozott állatorvos vett részt. Az értekezlet alkalmával Posteht Alajos ismertette a morvaországi gazdasági egyesület területén történeteket, közölve, hogy Morvaországnak egyik — németek által lakott területében a gazdák kívánságára kiterjedt tuberculin oltásokat végeztek.

A kisgazdák istállóiban, kiknek tehenei nyáron jórészt legeltek, az állatoknak csakis 1% reagált, holott az ugyanazon területen levő nagybirtokosoknál a nyáron is istállózott tehenek között már 5% biztos reactiót adott.

Megvilágítandók továbbá azon befolyások, melyek a szarvasmarhák között a tuberculosis terjedését előmozdítják.

A tuberculosis okozóját ismerjük, Kochnak hervadhatatlan

érdeme, hogy ezt felfedezte és az ő felfedezése hozta mozgásba ezt a kérdést. Ma már az ember- és állatorvosok, valamint a gazdák mindinkább foglalkoznak ezzel a kérdéssel és a tenyésztésben és szarvasmarhatartásban különösen a Bang-féle eljárással már lényeges eredményeket értek el. A gazdáknak buzditásra volt szükségük, hogy a tuberculosis ellen való védekezés tekintetében cselekedjenek valamit és újabban kezdenek ők is tapasztalataik közlésével hozzájárulni az ismeretek gyarapításához. Ily nem érdektelen adatokat szolgáltatott a folyó évben Hermann dr.

Hermann dr. családi birtokán, a jelenlegi tulajdonos atyja, valamint ő maga is, 1842-től 1901 végéig pontos feljegyzéseket tett a szarvasmarha-istállóikban előfordult tuberculosis-esetekről és kimutatta, hogy 50 év alatt ezekben 114 gümőkór-eset fordult elő. A 114 eset közül — mert az állatok származása nem volt biztosan megállapítható — kihagyott négy darabot, a többi 110 darabnál a hajlamosság (dispositio) okait kutatva, eredményekre jutott, melyeket táblázatokban mutatott ki.

Szerinte a legnagyobb hajlamossággal bírnak a gümőkór iránt az öreg tehenek által ellett és magánállatoknak felnevelt borjúk és pedig a hatodik és későbbi borjúk szolgáltatják a 110 beteg állat legnagyobb contingensét, azaz 41.8%-át.

Az iméntieket követték a szabadban való mozgást és a friss, tiszta levegőt nélkülöző, az előtt (felnevelésük idejében) legeltetett állatok; az ilyenek 30.5%-át tették a gümőkórban megbetegedetteknek.

Harmadik helyen álltak a közeli rokonok (15.5% közös vérrész) párzásából eredett utódok; ezek száma 16%-kal foglalt helyet.

Végre a szülőktől öröklött hajlamosság, mely 110 esetben 10.9%-ára ment.

Ila pedig az összes létszámra vonatkoztatja Hermann dr. adatait, akkor a sorrend következően alakul:

A legelőn felnevelt, arról bevásárolt és azután szorosan istállózott 44 darab közül gümőkóros lett 16, azaz 36.38%; a gümőkóros szülőktől származó 138 darab közül gümőkóros lett 31, azaz 22.96%. A közeli rokonok párzásából eredő 55 darab közül gümőkóros lett 10, vagyis 18.18%; az öreg tehenek borjaiból felnevelt 130 darab közül pedig gümőkórba esett 23, tehát 17.69%.

Ezekből az adatokból azt következteti Hermann dr., hogy a friss és tiszta levegő rögtönös elvonása, azaz a szoros istállózás hathat legkártékonyabban.

Hogy az öreg tehenek felnevelt borjai leginkább dispoáltak-e a tuberculosisra, ez még nyílt kérdés. Az is kérdéses, hogy a rokonságban való párzás emeli-e a tuberculosis iránti fogékonyságot.

A rokonság a párosítandó állatok között és ennek befolyása az utódokra, már régen vitattatik a tenyésztők körében. Egyik csoport még a „közeli” rokonok közötti párzást sem tartja az utódra lényeges befolyást gyakorolónak; a másik ellenben minden baj kútforrásának ezt tekinti és a hibák sűrű keletkezését, az állati szervek könnyen való közös megváltozhatását vagy kórok által történő könnyű megtámadhatását a rokonvérbeli tenyésztésből származtatja.

Ugy látszik Hermann dr. az utóbbiak nézetét vallja, azzal a mitigatioval, hogy a „közeli” rokonok pározhatását kívánja kizárni. Ismertetésében azonban a „közeli” jelzőt nem határozza meg.

Hogy rokonvérből, úgy a jó valamint a kóros átalakulások könnyebben állandósulnak, hogy a rokontenyésztésben több ideig levő állatok csoportjában a szaporodási képesség csökken, azaz a meddőség emelkedik, hogy az aránylag kisebb számban nyert utódokon az albinosítás is elég gyakran jelentkezik, az tagadhatatlan. Ép az utóbbi, t. i. hogy az ilyen albinos állatok szervezete nem annyira szívós és ellentálló, tapasztalatokon alapszik. De kinek jutna eszébe annyi ideig pározni a rokonokat, míg ily hatás nyilvánul?

¹ Pirko „Landwirtschaftliche Woche” Wien.

² Deutscher Veterinarrath Cassel. 1897. október 9. és 10. ülésén.

A „közeli“ rokonokat pedig, igen ügyes tenyésztők a fajtajelleg létesítése, illetőleg a jelleg megszilárdítása végett, átmenetileg párosították, de mesterek kezében ez hátrányokat nem szült. A köztenyésztésben azt mondhatjuk, a rokonok párzása, különösen a szarvasmarha-tenyésztésben jórészt kizártnak tekinthető.

Feltéve, hogy apának anyának száz-száz vérrésze van — igen közelinek lesz az állatok rokonsága minősíthető, ha bennük ötven — vagy annál több közös vérrész van; az ilyenek párosztatása már a *családban* valónak (incest) mondható. Közeli a rokonság, ha a közös vérrészek mennyisége a huszonötöt meghaladja. Távoli a rokonság, ha tizenhárom közös vérrész körül mozog.

Megjegyzí Hermann dr. azt is, hogy „vannak olyan tehenek, melyek a tuberculosisban való megbetegedésre nem disponáltak, immunisak.“¹

*

Kórmeghatározás és védekezés.

„A gümőkór egyike azoknak a betegségeknek, melyek felismerése az élő állaton kizárólag a tünetek alapján csak ritkán lehetséges teljes határozottsággal.“²

Élő állaton való felismerése a gümőkórnak, ha sorvadás még nem jelentkezik, néha sikerül a beteg szerveket érintő nyirokmirigyek megnagyobbodásából. Biztos alapot a góreső, néha a betegből vett anyagnak fogékony állatokba való beoltása nyújt.

A tüdőtuberculosis az esetleg felkühögött vagy köhögött nyálkából, vagy ha ez nem sikerülne, a mélyen alkalmazott tracheotómiával szerzett váladékból;

a bél-tuberculosis a bélsárban feltalálható bacillusokból;

az uterus tuberculosis a hüvelyben levő nyálkából;

a tüdő-tuberculosis is néha a tejből, jól képzett szakember által megállapítható; de a többi szervekben fészkelő, még latensnek mondható gümők csakis a Koch-féle tuberculin-oltással határozható meg majdnem abszolútnak mondható sikerrel.

A védekezésről szólván, először is meg kell emlékeznünk a dr. Bang-féle eljárásról, mely daczára költséges voltának és „egészen“ nem könnyű végrehajthatásának, csakhamar kedvelté lett a gazdáknál és ez a vele elért eredményeknek következménye.

Bang eljárásának alapelvei a következők:

Korai kiderítése a tuberculosis jelenlétének;

elkülönítése a beteg és a gyanús állatoknak;

a borjuk felnevelése egészséges anyák alatt vagy pasteurizált tejjel;

selejtezése és az állományból való eltávolítása az olyan állatoknak, melyeken a gümőkór nyílt, azaz klinice is könnyen megállapítható.

Megjegyezzük, hogy Bang eljárásának alkalmazásánál az időszaki utóoltások elkerülhetetlenül szükségesek. A tipikusan reagált állatok, ha a tenyészetben meg is maradnak, többé újraoltatni nem fognak.

Azt véljük, felesleges megemlíteni, hogy felderítő oltásokra a Koch-féle tuberculin (melyet Bang maga készít és szállít megrendelésre kopenhágai intézetéből) használnak; Budapesten a m. kir. bakteriológiai intézetben Peisz tanár kifogástalan tuberculin-t szállít.

A dr. Bang-féle oltási eljárást következő módon hajtják végre:

Az oltási próba, vagyis a „felderítő oltás“ két napig tart. Az első napon teljesíti a későbbben az oltásokat végző állatorvos az állományfelvételt. Megjelöli az állatok fajtáját, korát, az állatok ivarát, a külsőjüknek állapotát, végre tesztüknek rendes hőmérsékletét, melyet a maximál hőmérőnek a végbélbe való helyezésével határoz meg.

A hőmérséklet a végbélben öt percig bennhagyott hőmérő mutatja és az egészséges állat végbélében ez 38 és 39,5 ° C. között ingadozik.

¹ Behring újabb munkálataiban ezekkel foglalkozik.

² Hutyrá „Állatorvosi belgyógyászat“ I. k. 452. l.

A hőmérséknek ezt az ingadozását befolyásolja vagy előidézi az állat kora, az ivar, a megettetett takarmány minősége és mennyisége, végre az, hogy teheneknél, a vemhesség milyen előhaladású.

Hogy az első napon az adatok és a hőmérsék felvételéhez mikor fog hozzá az állatorvos, az az állatok számától függ, de azt kell szem előtt tartania, hogy esti 7 órára az elsoroltakkal elkészüljön, mert akkor kell következnie az oltásnak.

A beoltást Pravaz-fecskendővel a nyakoldalon össze-ránczott bőr alá végzik és egy-egy adag 0,30—0,50 tuberculin, mely 0,5% carbolsav-oldattal 3—4 gm.-nyi mennyiségre hígítatott.

Kellő segítséggel gyakorlott szakember óránként 40—50 állatot beolthat.

A beoltás műtétének végrehajtása után reggeli 5 óráig a beoltott állatok nyugton hagyatnak, de ekkor vétetik fogatba a második hőmérőzés és ezt úgy kell beosztani, hogy mindig három óra elteltével kerüljön ugyan arra az állatra a sor. Vagyis a hőmérőzést három óránként és pedig ötször ismétljük és így az egész eljárás több mint 24 órát fog igénybe venni.

Az egészséges állatokra a beléjük oltott tuberculin hatást nem gyakorol, azonban az olyanra, melyben bármily csekély fészke van a gümőknek, hőemelkedést, láztüneteket létesít.

Igen megfigyelendő és mérlegelendő a láz foka. 0,5 °-os emelkedést számbavenni nem kell, 0,5 °-tól 1,5 °-ig való hőemelkedést „kétes reactionnak“ mondunk, az ennél magasabbat pedig „biztos (tipikus) reactionnak“ vesszük.

Ez a diagnostikus rész és apaállatok kiválasztásánál másra az állatorvosi tevékenység nem terjed.

A további tevékenység tenyészetekben a következő:

Az *elkülönítés*, t. i. a reagáló állatok elválasztatnak a nem reagálóktól. A tiszták külön istállóba állítatnak, a reagáló állatokkal nem bocsátatnak egy legelő-területre és különös gond van arra, hogy *nem egy és ugyanazon vályuból igyanak*.

A reagáló állatok a legelő elkülönített részét járkák és ezek az istállóban is osztályoztatnak és pedig az olyanok, melyek termelésében csökkenés nincs, melyeken klinikailag semminemű eltérést megállapítani nem lehet, egy osztályba jönnek, az ökrök hizlaltatnak, a tehenek rendesen fejtenek, borjut azonban nem eresztenek alájuk.

A második osztályba kerülnek a mostoha külsejűek. Sok gazda az ilyeneket is jobb takarmányra fogja és ha egy heti intenzívebb táplálás mellett (a teheneket elapasztatván) gyarapodást mutatnak, a hizók közé kerülnek. Ha nem gyarapodnának mielőbb vágóhidra mennek, hol a vágóhídi szemle alkalmával dől el, mehetnek-e szabad forgalomba, illetőleg részben vagy egészen elkobzandók-e. A vágóhídi statistika szerint az elkobzott állatok száma a gümőkórosak, 0,17%-ra ment.¹ A sorvadó állatok mielőbbi kizárása az állományból a gazdák érdeke.

Az oltásra reagáló tehenek borjai vagy egészséges dajkák alá adatnak, vagy a colostrum (fecstej) kiszopása után elválasztatnak és pasteurizált tejen neveltetnek. Az üszők, ha remélhető testnagyságuk három negyedére fejlődtek, bika alá mennek.

Besoroztatásuk előtt az üszők is tuberculin-próbán kell hogy keresztülmenjenek és csak a nem reagálók osztatnak be az egészséges tehénállományba, a többiek az elkülönítő istállóba jutnak vagy értékesíttetnek.²

¹ A Németbirodalom vágóhídi statistikája szerint a gümőkórosoknak 0,60%-át kobozták el.

² Vannak nagy birtokok, a hol az oltásra reagáló teheneket mind az egészségesektől távol, külön majorba helyezik és ott tartják. Így azután tiszta állományokhoz jutnak, melyeket besorozott egészséges élőhásiakkal nagyobbítanak. Az egész tiszta állomány minden évben újból oltatik. Például a mezőhegyesi ménesuradalomban az ezzel az eljárással elért eredmény a következő: 1898-ban az egész állomány 28,48%-a reagált, 1899-ben már csak 6,57%-ot adott reactiót, 1900-ban 3,78%, 1901-ben 3,04%, 1902-ben 2,36%, 1903-ban pedig már csak 1,76% találtatott fertőzöttnek; ez és az a körülmény, hogy az elsorolt években az állomány 711 darabról 1099 darabra emelkedett, mutatja, azaz tanúskodik az eljárás nagyon üdvös voltáról.

Azoknak a gazdáknak, kik kötelezik magukat, hogy a reagáló állatokat két év leforgása alatt vágóhíd útján értékesítik, a m. kir. földmívelésügyi minister ennek az eljárásnak fogyanatosíthatására az oltóanyagot díj nélkül adja.

A tehenekről, növendék-állatokról, sőt az ökrökről is megemlékeztünk, de a bikákat sem szabad figyelmen kívül hagynunk.

Jó tenyésztő egészséges, azaz nem reagáló bikáját csak egészséges állományokra használja. A reagáló bikát — ha nagybecsű — úgy használja, hogy csakis kézből pároztatja és a coitus után tasakját és annak belsejét fertőtleníti, ha pedig tehénállományában egyszerre több üzelkedő mutatkozik, akkor először a nem reagálókat és csak ezután üzeti a reagáló teheneket.

*

A második védekezési módszer az, melyet Ostertag tanár hozott javaslatba, melynek alapelvét Behring dr. három évvel később mint jelszót mondott ki és pedig: „nem minden gümőkór egyúttal sorvadás“ (t. i. legalább klinikailag, mert az anatómiai fogalom ugyanaz). Ostertag ugyanis ezt védekezési eljárásában bizonyos fokig alkalmazta, azaz ezt részben arra fektette.

Ostertag tanár javaslatát a szarvasmarha tuberculosisának leküzdésére az „Ostpreussische Holländer Herdbuchgesellschaft“ vette legelőször fogyanatba és az eljárás már negyedik esztendeje, hogy alkalmazásban van.

Nevezett társulat eljárását Müller dr. állította össze és a Hamburgban a folyó évben megtartott hygienikus kiállításon mutatta be az az iránt érdeklődő gazdaközönségnek.

Ezen munkálat szerint a tenyésztési társulat tevékenysége kettős, vagyis két részlettel bír. Az egyik a nagy — nálunk „számos“-nak nevezett — szarvasmarhákra vonatkozik, melyek a két éves kort már meghaladták, a másik a borjúknál alkalmaztatik.

Ostertag dr. szerint először is azokat az állatokat kell kikutatni, melyek a tuberculosis terjesztőiként tekinthetők. Terjesztik pedig azok, melyek az úgynevezett „nyílt“ tuberculosiban szenvednek, és pedig:

1. a gögben, a légesőben és a tüdőben;
2. a tőgyben;
3. a mellékherékben és esetleg a herékben, továbbá a tehenek méhében, végre
4. a bétuberculosiban szenvedők.

Az első időpont alatt említettek kikökögik nyálkás váladékban a bacillusokat és közvetlenül veszélyeztetik környezetüket.

A tőgyükben megtámadott tehenek infectiosus tejet adnak és így a borjúk által a kórsírak a beleken át felvétetvén, részint helyileg, részint pedig a testben elterjesztik a szóban levő betegséget és ezért épen a *tőgytuberculosiban szenvedő tehenek a közegészségre is a legveszélyesebbek.*

Az ivarszervek megtámadása folytán a nemzett, a beteg méhben fejlődött borjúk nagy ritkán betegen elletnek. A váladék, ép úgy mint a bétuberculosiban szenvedő állatok ganéja, ha megszárad és porlik, az állatokra vészt hozóvá lehet.

A két évesnél idősebb állatokon időszakos klinikai vizsgálatok útján állapíttatik meg a betegség jelenléte. A vizsgálatok megejtésére a társulat feladatainak megfelelni képes négy állatorvost alkalmazott, kik közül kettő rendszeres körútjaikban végzik a klinikai vizsgálatokat. A vizsgálat mindig a tőgyön kezdődik és akkor teljesíti az állatorvos a tőgyvizsgálatot, mikor az lehetőleg tiszta kifejtés után lohadt állapotban van.

A tüdők vizsgálata az állat erős (ügetésben való) meghajtása után eszközöltetik, még pedig auscultatioval és percus-

sioval, kétes esetekben a vizsgálat megismételtetik és megköhögtetvén,¹ a kikökögött váladék a vizsgálat tárgya.

A megállapított gög-, légeső- vagy tüdőtuberculosisban szenvedő állatok késedelem nélkül levágnak. A kétesek elkülönítve tartatnak és abban az esetben, ha a klinikai vizsgálat annak idején, t. i. az ismételt vizsgálatok alkalmával kellő támpontot nyújt, vágóhídra jutnak ezek is.

A női ivarszervek a hüvely kikanalizálásával vizsgálatnak és az így szerzett anyag bakteriologiai vizsgálat tárgya.

A tőgy megvizsgálásakor talált gyanús helyekből kis szigonynyal vett tőgyrészekeken végeztetik a bakteriologiai vizsgálat. Végre a tejvizsgálatokra fektetnek nagy súly, ennek eszközölhetése az egy-egy istállóban összesen fejt és összetöltött tejből vétetnek időszakonként próbák, és ha ezekben alapos és beható vizsgáláskor a górcső segítségével bacillusok láthatók, az illető istálló tehén-állományát a klinikai vizsgálatokat végző állatorvos azonnal gondosan átvizsgálja és az ekkor nyílt tuberculosisban talált állat azonnal a selejtbe jut és vágóhídra kerül.

Ez az eljárás eleinte minden két hónapban, később évenként kétszer történik.

A fiatal állatok megvizsgálása, hogy csakis egészséges növendékek (üszők) jussanak a tenyészetbe, fontos feladatát képezi a felügyelő és külső szolgálatot teljesítő állatorvosoknak.

Erősen fertőzött nyájakban is egy, legfeljebb két szártóli tuberculotikus borjú elletik, a többiek egészségesek. Feladat tehát, hogy az egészséges borjúk a befertőzéstől megvédessenek, a mi egyrészt fertőzött tej, másrészt a szabadra lett tuberculos bacillusának felvételével történhetik.

Az iméntinek lehetséges elkerülésére a borjúk az ellést követő harmadnapra, mikorra a colostrum felvételével a meconiumtól megtisztultak elválasztatnak az anyjuktól és ettől kezdve pasteurizált- vagy sterilizált tejjel tartatnak. A tejtől való elválasztás alkalmával tuberculozásnak vetik azokat alá és a melyik borjú reactiót mutat mézároshoz megy. Az illet a gazdák fel nem nevelhetik, mert az egyenes kár lenne rájuk.

A mint már említettük, a társulat négy állatorvost tart. Kettő végzi a klinikai vizsgálatot és folyton úton van, a másik kettő a laboratoriumi munkát teljesíti.

A négy szakember körülbelül 13,000—15,000 darab tehén vizsgálatát és felügyeletét végzi.

Az elmondottakból látható, hogy ez az eljárás semmi esetre sem olcsó és okvetlenül sok munkával jár. Hogy az eredmény minden irányban, ki fogja-e a várakozásokat elégiteni, azt a jövő mutatja majd meg? A német gazdák közül sokan, különösen a hamburgi hygienikus kiállításon működött juri Ostertag dr. eljárását nagy elismeréssel fogadta és az előbb megnevezettnek a két legnagyobb kitüntetését ítélte oda, még pedig kiindulván abból, hogy az Ostertag-féle védekezési módnak az az előnye, hogy gazdaságilag könnyebben kivihető és hogy ezen az úton a szarvasmarha-állomány fokozatosan a tuberculosistól megszabadítható.

Voltak azonban, kik ezekkel ellenkező nézetet vallottak, például maga Bang tanár, Müllernek dr. az e tárgyban tartott előadása után utalva e védekezési módnál megállapítandó klinikai diagnosis nehézségeire úgy nyilatkozott, hogy az ő módszere az Ostertag dr.-é elé helyezendő.

Bangnak igazsága van. Sort véve a nyíltan nevezett tuberculos alakokon első sorban a tüdőtuberculosist említve, ennek megállapítása nem oly könnyű; erre határozottan nem csak jól képzett, hanem *tapasztalt* állatorvosra van szükség és

¹ A megköhögtetésre-erős vizsgáló mart két kézzel megfogván így a gerinczet megrázza, a mi beteg állatnál rendszeren köhögést eredményez.

ennek is sokszor a laboratóriumban foglalkozó szakemberekre lesz szüksége, hogy valahogy dűlőre juthasson.

Pár szóval még a főgytuberculosis megállapításáról is meg kell emlékeznünk. Ennek a kóralaknak megállapítása klinice már sokkal könnyebb, de ha a vizsgáló állatorvos így elegendő támpontot nem talál, a tejvizsgálat a kívánt tájékozást sokszor megadhatja.

A borjuk oltása, csakis átvétele a Bang-féle eljárásnak és határozottan igen előnyös eszközésnek mondható.

A harmadik és legújabb eljárás Behring tanáré, ki Marburgban (Hessen) működik.

Nevezett fiatal szarvasmarhákat, helyesebb ha azt mondjuk, hogy borjukat törekszik immunizálni és törekvéseit meg lehetősé széles alapú előadásokban ismertette meg hallgatósággal, a melyekben azonban magáról az oltóanyagának előállításáról épen nem, az eljárásról pedig alig tesz említést. Behring tanár csakis nagy óvatossággal némiképp reá mutat sikerekre, a melyeket elért és reá mutat arra is, hogy egy bizonyos „antitest” előállításával a tuberculosis kérdése az egész vonalon meg lenne oldható, annál is inkább, mert az emberek, valamint a házi állatok tuberculosis azonos és csak annyiban variál a vírus, a mennyiben más és más gazdába jut.¹

Behring tanár első közleménye már mozgásba hozta úgy a közegészségügy munkásait, valamint a mezőgazdákat és az utóbbiak sürgették kormányukat, hogy ez kísértesse figyelemmel Behring munkásságát, tétessen kísérleteket, melyek hivatva lesznek, akár pozitív, akár negatív irányban útmutatásul szolgálni.

A közegészség iránt érdeklődő orvosok közül többen felkeresték Behring tanárt működési helyén. Strelinger Hermann dr. járási orvos és tb. megyei főorvos volt ezek egyike.

Nevezett Behring eljárását a múlt évben megjelent füzetben ismertette, szerinte ez röviden a következőkbe foglalható:

Behring tanár, az állati szervezetre egyébként is enyhe hatású emberi tuberculosis bacillusok kulturái, általa bizonyos átoltási rendszerrel még enyhébb hatásúvá tettek oly annyira, hogy az immunizáló eljárás az eddigi tapasztalatok szerint az állati szervezetre bizonyos adag betartása mellett teljesen ártalmatlannak bizonyult.

Behring ezen kulturát „Vacuum-tb”-vel jelzi (Trockentuberculosis) és az eddigi sikerekre² való tekintettel feltehető, hogy ezen kultura által a ptomainhatást megsemmisítő anyagok jönnek létre a szervezetben.

Behring tanár tehát immunizálni törekszik és „Vacuum”-ját intervenosus módon alkalmazza, hogy így ez az egész szervezetben gyorsan elterjedjen. Behring eljárásában kétszeri oltás alkalmaztatik, az első az immunizáló, a második tulajdonképpen ellenőrző feladattal bír.³

A termelőtől beszerzett oltóanyag közvetlenül az oltás előtt 1% os konyhasó-oldattal, sterilizált dörzscsészében, nagy óvatossággal fokozatosan dörzsöltetvén keverendő vagyis higitandó annyira, hogy a küldött mennyiségből az I-től 25, a II-ből 10 megkivántató két és fél grammos mennyiségű adag kikerüljön.⁴ Megjegyezzük egyébként, hogy az egész eljárásnál kifogástalan tisztaságra, az edényeknek és eszközöknek az eljárás előtt, valamint az utána való megtisztítására, sterilizálására kiváló gond fordítandó.

Megjegyezzük, hogy a fel nem használt oltóanyagot tűzben meg kell semmisíteni.

A beoltandó borjuk klinikailag megvizsgálatnak, hőmérsékük a már elmondott módon megállapíttatik. A teljesen egészségeseknek találtak elkülönítve helyeztetnek el, hol azután három napig még az oltást megelőzőleg megfigyeltetnek.

¹ Deutsche medicinische Wochenschrift 1903. XXIX. évfolyam 39. szám.

² Ama „bizonyos” sikerek még nem közölhetők, ezek csak „bizonyos” évek múltával válnak majd megítélhetőkké.

³ I. és II. számú.

⁴ A mi I-nél 50, II-nél körülbelül 19 gramm konyhasó oldat keverésével elérhető.

A beoltás a baloldali vivőérbe történik. Műtétel előtt az oltás helyén a szőrt leborotválták és 2% lyzol-oldattal a bőrt ott megmossák, fertőtlenítik, azután érvágó zsinór alkalmaztatik az oltás helye alatt a nyakra és minek utána a vivőér a zsinór összehúzósa folytán kiduzzasztatott, beszúrja az oltást végző a fecskendő tűjét a visszerbe, helyes beszúrás után behelyezi a fecskendő csapját és meglazítván a nyakon alkalmazott zsinórt, nyomban eszközli a befecskendezést.

Az elmondott beoltást az állatorvos két segítővel végzi és ezután a hőmérőzésnél és az időközi mázsálásoknál egyéb teendő nincs.

Strelinger dr. mondja, hogy a műtét és a nyolcz napig tartó naponkénti hőmérések és a nyolcz naponként végzett súlymérések után, ha a hőmérsék rendessé (38.0 és 39.5 végbélhőmérséklet) lett, a testsúly pedig gyarapodik és a hat hétig tartó megfigyelés alatt klinikailag gyanus elváltozások sem észlelhetők, akkor nemcsak a virulens kulturák általi mesterséges infectio, hanem a rendes gazdasági viszonyok között előforduló természetes fertőzések behatásai ellen is teljesen immunis marad.

Véleményt erről az eljárásról ma még nem mondhatunk, hogy van-e bizonyos ideig tartó immunitás a beoltás után, azt a tuberculosis-próba kideríti, hogy ez az immunitás meddig tart, azt évek múlva a Behring-féle eljárással immunizálni törekedett kísérleti állatok fogják megmutatni.

Kísérleteket tettek magánosok, de az egyes államok is meglehetősen nagy mérvben eszközöltetnek ilyeneket. Földmívelési kormányzatunk volt egyike a legelsőeknek, mely a Behring-féle immunizáló oltásokat felkarolta és ezek érdekében lényeges áldozatot hozott. Az oltások a budapesti állatorvosi főiskolán végeztetnek, a kísérleti állatok az oltási eljárás befejezése után beállítottak erősen fertőzött istállóba és ott neveltetnek. Bizonyos időközökkel (több éven át) a beoltott állatok egymás után levágnak, hogy tájékozást nyújtsanak.

Ausztriában, hasonlóan a bécsi állatorvosi főiskolában, van 22 borjú, melyek a Behring-féle immunizáló — télen jobb ha azt mondjuk „védő oltásnak” alávetettek és erősen fertőzött tehénészetekbe helyeztetnek, majd el kipróbálás végett.

Ha Behring tanár eljárása pozitív eredményt adna, akkor a tuberculosis kérdése szarvasmarhát illetőleg meg lenne oldva. Addig azonban, míg a Behring-féle vagy más új eljárás teljesen megfelelőnek nem bizonyul, maradunk Bang tanárnál, melynek nálunk elért eredményeinek egyikét közöltem és esetleg csatoljuk ehhez még Ostertag dr.-nak a tejet illető eljárását s azt hiszszük, ezzel is minden irányban kielégítő eredmények lesznek elérhetők.

Első helyen azt a házi állatot említettük, melyben leggyakoribb a tuberculosis és mely termékei, különösen egy terméke miatt az emberre a legfontosabb, melyben ez a betegség a mezőgazdasági viszonyok folytán, jobb, ha azt mondjuk: az üzem alakja miatt évről évre nagyobb arányokat nyer és ez a szarvasmarha. De a többi házi állatok sem mentesek ettől a betegségtől és bebizonyosodott, hogy habár ritkán, de még a tuberculosis irányában immunisnak vélt kecske is néha megbetegszik tuberculosisban. Ritkábban, de mégis megtámadtatnak juhok, lovak, úgy a húst evő házi állatok, kutyák, valamint macskák, az utóbbiak gyakran, a házinyúl pedig a tuberculosis iránt nagyon fogékony.

A szarvasmarhákon kívül a nagy házi állatok közül a legtöbb tuberkulotikus megbetegedés a sertések között fordul elő. Fontos reánk nézve a sertés, mert ennek húsa, zsírja tápszer. A hús mindig sült, a zsír pedig forralt állapotban jut az asztalra, illetőleg a zsír az ételekbe, azért lehetetlen, hogy ez a két termék infectiót szüljen volna: a sertésnek egyedüli terméke tehát, melyet gyanúval illethetnénk, a szalonna, de szerencsére ebben a fejlődött tuberculosis fészkeit nem találtuk, sőt a szalonna által való infectionnak esete pedig előtünk eddig ismeretlen.

Ép úgy mint a szarvasmarhák tuberculosis, a sertéseké is a kulturával, jobb ha úgy mondjuk, az intensív gazdaságvitellel és az ezzel összeköttetésben álló tejgazdaság hulladékainak felhasználásával és az istállózással terjedhet.

Volt hazánkban a tejgazdaságok felkarolása előtt is tuberculotikus sertés és a „sajtos béglyuladás“ alatt nem volt érthető más a tuberculosishoz, de az is leginkább belterjes üzemekben fordult elő, még pedig szóróványosan.

Mióta a tejgazdaságok szaporodnak, a lefőltözött tejet pedig gyakran nagyobb mennyiségben értékesíteni kell, az eddig — alig számba vehető esetek kivételével — mindig nyersen történik és ezt a malacok kapják, melyek ezzel készítettnek el kés alá. Ha már most a tej tőgytuberculosisban szenvedő tehéntől való, a malacokban megtörténhetik Behring azon mondásának valószínűsége, hogy a szopós állatnak adott bacillussokat tartalmazó tej legfőbb forrása a tuberculosishoz, az alimentáer csatornába jutva, könnyen fertőzhet és ezek a fertőzési esetek nemcsak a nyugatról importált, gyorsan fejlődő hússertésekre szorítkoznak, hanem előfordulnak a hazai, kondorszerű sertéseink között is.

A sertések infectiojára nézve adatokkal, melyek annak nagyságát illetőleg tájékoztatást nyújtanának, igen kevés rendelkezünk; némelyeket, de csakis a közelmúltból valókat a Budapest székes fővárosi sertésközüvágóhid szolgáltatott rövid fennállásának idejéről, e szerint:

leszúrattott magyar kondor sertés	167,867 drb.	
kondorszerű egyéb fajtákból	39,833	„
Gümőkóros volt a hazai kondor-sertések közül	4,580	„ 2·72%
Az egyéb kondorszerű fajtákból gümőkóros volt (szerb)	3	„ 0·007%

Átlagban 1·36%.

A Németbirodalomban és pedig:

Bajorországban levágatott	634,184	„ —
gümőkóros volt	1,199	„ azaz 0·10%.
Hamburgban levágatott	216,136	„ —
gümőkóros volt	6,366	„ azaz 2·99%.
Poroszországban levágatott	2,630,841	„ —
gümőkóros volt	35,508	„ azaz 1·35%.
Szászországban levágatott	384,473	„ —
gümőkóros volt	10,450	„ azaz 2·71%.
A hercegségekben levágatott	49,095	„ —
gümőkóros volt	1,210	„ azaz 2·40%.

Átlagban 1·93%.

Ha most ezeket a számokat az ország egész sertésállományára vonatkoztatjuk, akkor 3.188,834 állományból a gümőkóros sertések száma Magyarországon 85,088 darab lenne.

Németországban a sertésállomány az utolsó számlálás szerint 16.807,014 darab, így ehhez arányosítva a betegeknek talált átlagszámát, volna az egész Németbirodalomban összesen 3.244,753 gümőkóros sertés.

A sertést illetőleg megjegyezzük még, hogy az „egyéb kondorszerű sertések“ mind olyanok, melyek erdőn-mezőn, azaz szabadban nőttek fel s félig ott hizlaltatván, ezután „szállítás“-ba és innét kés alá mentek.

A többi házi állatok és baromfiak között ez a betegség nem kapott annyira lábra, hogy statistikailag foglalkoztak volna vele, de egyéb adatokkal sem rendelkezvén, a szóban levő betegségnek ezeknél való uralkodásával nem foglalkozhatunk.

A természetes tartózkodási hely.

A közölt statisztikai adatok, továbbá az általunk idézett példák azt hisszük elég világosan bizonyították, hogy a belterjesen üzött tenyésztés vagy hasznosítás, az ezzel kapcsolatos tágabb vagy szorosabb istállózás a szarvasmarhatenyésztésben és tartásban mennyire kedvez a tuberculosishoz elterjedésének. Megfordítva a természetes viszonyok között élő szarvasmarha és sertés mennyivel kisebb mérvben veszélyeztetetik a gümőkór által. Azt hisszük, hogy számba véve azt, miszerint az istállózza — vagy hulladékon tartott állatot — különösen szarvasmarhát, a fajtára való tekintet nélkül, majdnem egyenlő mértékben veszélyezteteti ez a betegség, hatá-

rozottan az a nézet igazolódik be, hogy az istállózott marha elpuhul, edzettsége hanyatlik, szívóssága, az ezen betegség ellen való resistenciája csökken és így fogékonyasága okvetlenül nagyobbodik, a mit termelésének mesterségesen való fokozása okvetlenül előmozdít.

Az, hogy a természetes viszonyok között élő állatokat¹ a gümőkór alig veszélyezteteti, kijelöli nekünk, hogy minden módon odahassunk, hogy a füvő házi állatok, különösen pedig a szarvasmarhák legeltethetők legyenek.

A tuberculosishoz való sikeres küzdelemnek egyik tényezője vagyis eszköze az állatoknak a természetes viszonyok közé való helyezése, leghathatósabb eszköze különösen akkor, ha a szabadban való tartózkodást első sorban a növények-állatoknak teszszük lehetővé, mire ott, a hol már közösen használható legelő nincs, a jártató kertek létesítése is előnyös behatással bír. Ezeket, a kifutókat, valamint az aklokat határukban azonban igen messze túlhaladják a legelők nagyobb területükkel és ezért minden eszközzel és irányban, de különösen a tuberculosishoz javításában vagy ennek esetleges megoldásában a legelők kérdésének nagyon is elül kell állania.

A legelők minőségük, fekvésük és létesülésük folytán különböznek, ezekkel így foglalkozni nem is kívánunk, de eltérnek ezek birtokosaik szerint is és ezt jelenlegi célunkra való tekintettel már röviden szövé kell tennünk.

Vannak tehát először magántulajdont képező legelők és ezeket illetőleg legfeljebb tanács adható a birtokosnak. Vannak holt kézen levők, még pedig igen tekintélyes terület, és ezek miként való kezelésére már némi befolyást lehetne venni.

A harmadik csoportba sorolandók a közbirtokossági és a községi legelők. Ezeket illetőleg az 1894. évi XII. törvényezikk a kellő módot a hatósági beavatkozásra teljes mértékben megadja, használatuk szabályozható, ápolásuk és fenntartásuk elrendelhető, a mivel jövedelmezőségük fokozható és az állategészségügynek a tenyésztés érdeke mellett kellő hely biztosítható.

Ezeket az utóbbi legelőket azonban folytonos veszély fenyegeti; a legelő használatára jogosult nagyobb birtokosok ugyanis többnyire arra törekednek, hogy a községi vagy közbirtokossági legelők felosztassanak és rendszeren már csak akkor látják be törekvésük hibás voltát, mikor a felosztás megtörtént és ezt többé orvosolni nem lehet.

Tekintettel a legelők általános mezőgazdasági fontosságára, de különösen arra való tekintettel is, hogy ezek a tuberculosishoz való védekezésnek szintén fontos eszközei, arra kell törekedni, hogy az országban még létező legelők mint ilyenek fenntartassanak.

A legelőkről röviden megemlékeztünk, de nemcsak ott él a szarvasmarha. Tudjuk, hogy egészséges állatok leginkább ott nevelhetők, de a felneveltek nagyobb száma nem ott hasznosítottatik, nagy szarvasmarhaszámot vesz például igénybe egyik újabban felkarolt üzletág, melynek felkarolása mezőgazdasági haladásunkban „határkövet“ képez és ez a tejgazdaság, mely főleg istállózással jár.

Az istállóról és az ebben való — hogy így nevezzük — védekezésről szintén meg kell emlékeznünk.

Az istállóban tartott bármely fajta szarvasmarha legfogékonyabb a gümőkór iránt. Ez a betegség istállózott szarvasmarhák között az egymáshoz közelállás, néha a zsúfoltság, folytonos érintkezés miatt — ép úgy mint a közös rossz börtönökben — terjedhet legkönnyebben, ezért törekedni kell:

hogy először is a veszélyeztető anyag, azaz a gümőkóros állatok az egészségesek közül eltávolíttassanak, a mi a tuberculinózis foganatosításával meg van könnyítve;

hogy beteg állatok ne kerüljenek az egészségesek istállójába, a mi az előbb megnevezett eljárással szintén elérhető;

hogy a fiatal állatok — mint megmondánk — természetesen neveltesse fel és ezek ne fertőztessenek.

¹ Lásd a szerb marha- és a sertésvágatási a eredményeiről szóló ki-mutatást.

hogy az istállózott állatok is — a mennyire csak lehetséges a szabadban — friss tiszta levegőben lehessenek; végre hogy a szarvasmarha-istállók olyanok legyenek, melyekben az állatok egészségesek maradhatnak.

Az utolsó pontba az istállót foglaltuk és azt mondtuk, hogy azok olyanok legyenek, hogy az azokban elhelyezett fejős tehenek egészségesek maradjanak.

Ezelőtt az istálló építésénél az volt a jelszó: hogy az istálló „praktikus és olcsó” legyen; most ezt kibővítjük azzal: „e mellett a higiénie kívánalmainak is megfeleljen.”

A folyó évben megtartott „a városoknak hygienikus tejjel való ellátását” bemutató hamburgi kiállításon már erősen foglalkoztak ezzel a kérdéssel. A többek között volt olyan istálló, mely szétszedhető volt, hogy egyik helyről a másikra át lehessen helyezni. Ennek belseje simán vakolva emailfestékkel vonatott be, hogy a menyezettől a burkolatig mosni lehessen. Szintén ilyen czéllal készült a betonburkolata is.

Az ablakok, a talaj, a kitűnő szellőztetők, úgy az elhasznált levegő elvezetésére, a friss tiszta levegő szolgáltatására, valamint a járszak és egyéb berendezések mind úgy készültek, hogy az istálló könnyen tisztán tartható, és így a higiénie kívánalmának csakugyan megfelelő legyen és a mi főfontosságú, hogy abban a tej be ne piszkolódjék, de még istállózt se kaphasson.

A tej.

Az eddig elmondottakkal egyenlő fontosságúnak tartom a tej kérdését és azért kötelességemnek tartom, hogy azt ezen munkálat alkalmával szintén szóba hozzam.

A tej vagy nyers állapotban kerül forgalomba egyesek vagy szövetkezetek által, vagy feldolgozva tejtermékek alakjában vitetik a piacra.

A nyers tejet, melyet egyesek házálva árulnak vagy az 1876. évi XIV. törvényezikk 8. §-a, vagy pedig az 1895. évi XLVI. törvényezikk 1. §-a alapján lehet ellenőrzés alá venni. Az első helyen említett törvény alapján akkor, ha az meg van romolva vagy az egészségre ártalmas lehetne. Az 1895. évi XLVI. törvényezikk alapján annyiban: nincs-e bármilyen hamisítva és ez a tejvizsgálatot egyes nagyobb városokban, lassan fokozódó gondossággal a hatóságok fogatosítják. A kisebb városok fogyasztó lakossága azonban eddig alig részestül védelemben a hamisítások ellen, tehát még kevésbé találhat a fogyasztó oltalmat azt illetőleg, hogy egészségügyileg kifogástalan, különösen gyermekeknek alkalmas tejet vásárolhasson.

A teljesen megbízható gyermekeket nyersen szállító istállók nem igen létesülhetnek, mert ezt, azaz az ilyen tejet, a fogyasztó közönség nem keresi és meg vagyok róla győződve, hogy az ilyennek termelhetésére szükséges többköltséget a tehenészet birtokosának ma még meg sem fizetné.

A gyermekeket termelése pedig a közönséges teljes tejnél határozottan többre kerül. A higiénie kívánalmainak teljesen megfelelő istálló, az abban való kifogástalan tisztaság, az egészséges fiatal tehenek, ezeknek folytonos klinikai és a tejnek bakteriologiai rövid időközökben való szakértői vizsgálata, a beállított tehenek életfeltételeinek egyébkénti helyes betöltése, a kifogástalan szénával való etetés, az edények sterilizálása stb. okozza, hogy az ilyen „gyermekeket” a gazda azon az áron, mely mellett a nyers teljes tej még hasznát hajt, semmi esetre sem szolgáltatathatja és ez az oka, hogy addig, míg a megbízható gyermekeket nem keresik és meg nem fizetik, annak termelésére vállalkozó akadni nem fog.

A szövetkezetek által fogyasztásra szállított nyers teljes tejjel maguk a szövetkezetek már kezdenek nagyobb figyelmet fordítani. Tartanak állatorvost, ki nem nagy időközökben a szövetkezeti tagok istállóiban levő tehénállományt átvizsgálja, vizsgálatának eredményét bejelenti és maga a szövetkezet selejtezteti azt a tehénanyagot, mely gyanús, különösen pedig azokat az állatokat, melyeken a nyílt tuberculosus klinikailag megállapítható.

Az istállókra, az azokban való tisztaságra nagyobb gond fordítatik. A tejes kannák gőz segítségével való tisztítását a szövetkezeti épületben végzik, sőt olyan szövetkezetek is vannak, melyek egyes takarmányféléknek — például a mosléknak etethetését — fejős tehenekkel, kizárják.

Javultak tehát az állapotok, van haladás és ezt a szövetkezetek egymással való versengése megállani többé nem engedi.

De ez a kijelentésem távolról sem azt mondja, hogy e téren nincsenek tenni valók; igenis vannak és ezekre még reá fogok mutatni.

Szóltam azokról a szövetkezetekről, melyek a nyers tejet úgy a mint van városokban értékesítik, de ezek a kisebb számot teszik, még kevesebben vannak, melyek „otthon” sajtot készítenek belőle, a szövetkezetek zöme a tejgazdasági „központ”-okba gravitál és ezekkel állnak szoros üzleti összeköttetésben.

Tejgazdasági központokat képező vajgyárak vannak: Dombóváron, Veszprémben, Szabadkán és Temesváron, mely központokba a falusi tejszövetkezetek nem teljes tejet, hanem centrifugálás útján előállított *tejszint* szállítanak, hol ebből mesterséges savanyítás után „elállóbba” — exportra alkalmas 16%-nál kisebb víztartalommal bíró, kiválóan jó, többnyire gyengén sózott vajat készítenek.

A tejszín elszállítása következtében, vagy egyenes vajtermelés esetén a falusi szövetkezeteknél — helyesebb ha azt mondom, ezek tagjainál megmarad a *lefölözött tej* (sovány tej) és ennek miként való értékesítése semmiesetre sem közömbös a szövetkezetek tagjaira, azaz a gazdákra, de nem közömbös úgy a köz- valamint állategészségügyi szempontból sem.

A lefölözött tej értékesítése többnyire legelőnyösebben úgy történhetik, ha az a gazda házában megfőzve vagy túró készítésre használtatik, a többit — ha eladható nem lenne, állatjaival — a borjukkal és malacokkal, tehát *fiatal növendékállatokkal*, de baromfival is megitatja, illetőleg megeteti és így törekszik a lefölözött tejet értékesíteni — pénzzé tenni.

A nagy tehenészetekben többnyire a megkívántató tisztaság és a helyes kezelés megvan. Lássuk miként vagyunk szemben az iméntiekkel, a kisgazdák által álló tejszövetkezetekkel és ezek tagjainak eljárásával? Ügyelnek-e ezek mindenütt gondosan a higiénie kívánalmaira, a legnagyobb tisztaságra, hogy e tekintetben kifogástalan tej jusson lefölözésre a szövetkezetben?

Vizsgálatnak-e ezeknél rendes időközökben a kisgazdák fejésre használt tehenéi, stb., stb. Azt vélem, hogy ezekre a kérdésekre határozottan nemmel felelhetek.

A tej esetleg beteg tőgyű tehén, a fejés előtt hiányos tőgytisztítás, a piszkos istálló, a nem tiszta edények által szennyezhető — fertőzhető és különösen itt jó tekintetbe a lefölözött tej, melyet a tejszint szállító vagy vajat termelő szövetkezetekben nyernek. Ha most ezt a lefölözött tejet emberek — különösen pedig gyermekek, valamint fiatal állatok táplálására kívánják felhasználni és kikerülni óhajtjuk azt, hogy esetleg betegséget okozzon, akkor az ilyen tejben levő organismusokat meg kell ölni, ez pedig a tej értékének csökkenése nélkül okszerű hevítéssel elérhető.

Miért nem mondtuk, hogy ez „forralással elérhető”? Magyarázata, hogy csak hevítést említettünk, a következő: Van ugyanis kétféle eljárás, az egyik a sterilizálás, a másik az úgynevezett pasteurizálás.

A sterilizáláshoz 100 C°-nál nagyobb meleg szükséges és az így kezelt tej állatok etetésére kevésbé alkalmas; a pasteurizáláshoz olyan hőfok nem kell és mégis a legtöbb mikroorganizmus, mely a tejben előfordul — különösen a tuberculosus bacillusa — már 70 C°-nál elpusztul.

Azért említettem a 70 C°-t, mert ennél a tej sem ízében, sem színében nem változik. A szín megváltozása a lefölözött tejnél teljesen mellékes, de annál fontosabb a teljes tejnél, mely csakis emberek táplálására fogna szolgálni. A lefölözött

¹ Forster dr. tüzetes kísérletei szerint.

tejnek a tuberculosis bacillusától való mentesítésére tehát elegendő a pasteurizálás, melyet helyenként máris fogamatosítanak.

*

Értekezésem végére értem és azt vélem, hogy nem felelnék meg feladatomnak, ha az elmondottakból a következtetéseket le nem vonnám, véleményt nem nyilvánítanék és a jövőben végzendő jónak és szükségesnek vélt teendőket itt nem érinteném.

Nézetem szerint a teendők kétfélék lehetnek, először azok, melyek úgy a közegészség, valamint az állattenyésztés és állategészségügy érdekében végrehajtandók lennének.

A második csoportba azok az eszközlesek tartoznának, melyek célja egyes dolgok felderítése és a melyeket több okból főleg a m. k. földművelésügyi ministerium végeztethetné a fennhatósága alatt álló intézményekkel.

1. Az első, a mire szükség van a tájékozódás ennek a betegségnek az ország háziállat-állományában való elterjedése iránt.

Erre nézve többoldalú puhatolódzás szükséges és pedig: először a fogyasztásra leült állatoknál talált tuberculosis esetek felderítése. Ez csak az esetben lehetséges, ha vágóhidakon való hússzemle kötelezőleg életbe lép.

Azt vélem, hogy ez csakis úgy válhat testté, ha a kötelezettség először csupán olyan communitásokra mondatnék ki, melyekben a lakosság száma a 20,000 eléri.

2. Kötelezővé kellene tenni azt is, hogy az állatorvos a tuberculotikusnak talált levágott állat provenientáját előjáró hatóságának a szükséges további intézkedések megtehetése végett elődázhatatlanul jelentse be.

3. A kiderítés második útja lenne a „próbaterületek”-nek nevezhető vidékek kitűzése.

Ez alatt azt értem, hogy például az országnak a dunántúli részében egy vidék — tegyük fel egy-egy kisebb járás szarvasmarha állománya tuberculinizálnék és az eljárás egész költségét az állam viselné, a felvidéken ismét egy, az ország közepén, a délvídeken és a Királyhágón túli vidéken mindenütt szintén egy-egy; az egész országban tehát öt járás¹ vettetnék alá a tuberculin próbának, a mi, azt vélem, az általános tájékoztatást kellően megadná és a próbák idejére — a számban megkettőzött m. k. járási állatorvosok egy-egy kerületben a teendőket elég gyorsan — azaz rövid idő alatt elvégezhetnék.

4. Az állam közelebből meghatározva: a földművelésügyi kormányzat évenként községek számára vásárolhat 2500—3500 darab bikát, határozassék el, hogy ennek a ministeriumnak megbízottjai a köztenyésztésre való kiosztásra, a szilajon nevelték kivételével, csak olyan bikát vásárolhassanak meg, mely a tuberculin próbán átmént és nem reagálónak bizonyult.

5. Az 1888. évi VII. törvényzikk 17. §-a, 1894. évi XII. törvényzikk 23. §-a kötelezővé teszi a házi állatok megvizsgálását; ezt az 1900. évi XIII. törvényzikk b) és j) pontjai alapján a m. k. földművelésügyi ministerium rendeletileg is szabályozta. Így tehát az állatorvosok kötelesek, hogy a járaikban való községekben az apaállatokat, melyek köztenyésztésre használtatnak, kiszállásaik alkalmával megvizsgálják. Ha most az állatorvos ilyen vizsgálat teljesítésekor nyílt, különösen pedig heretuberculosisban levő, vagy tuberculosis folytán már sorvadó apaállatot talál, az ilyennek azonnal való selejtezésére a község köteleztessék, a községnek pedig az állam adjon recompensatioul 30-tól 40%-ig menő árkedvezményvel három — feléves részletekben való ártörlesztés kedvezményével másik egészséges fiatal bikát.

6. A közhasználatban álló bikák alá már sorvadó, így a gümőkór előrehaladott szakában levő, különösen az ivarszervek nyílt tuberculosisban szenvedő tehenek semmi esetre sem vezethetők.

7. A nyers tej közvetlen eladásával foglalkozó gazdák istállóit az előbb idézett törvények 17., 23. stb. pontjaiban elrendelt (különösen pedig a tavaszi) szemlék alkalmával a

m. k. állatorvos által szintén megvizsgálandók és ha akkor tögytuberculosisban levő vagy gümőkóros volta miatt már sorvadó tehen lenne az istállóban, ebből a tejeladás arra az időre (kellő büntetési sanctio mellett) eltiltandó volna, míg az ilyen tehen az istállóban áll.

8. Nyílt tuberculosisban levő, vagy már sorvadó tehenek csordára nem járathatók, azok bárminő közösen való legeltetéstől eltiltandók.

9. Az iménti módon nagy fokban beteg állatok közös kúton nem itathatók.

10. A fertőzés esetei lényegesen csökkentetnének, ha a tényleg bárminő gümőkóros állatok a szabad forgalomból kivonatnának és csupán mézarszéki úton volnának értékesíthetők.

11. Tehénistállóban, melyből tejet ad el a gazda, vagy a tejkezelés körül beteg embernek foglalkoznia nem szabad, sőt még azt a cselédet is a tejkezelés körüli munkától eltiltandónak véljük, kinek családjában himlő, scarlat, typhus vagy diphtheritis uralkodik.

12. Sok helyen az a balhiedelem uralkodik, hogy „tüdőbeteg”, azaz tuberculotikus emberre a tehenistállóban való tartózkodás jó hatással lenne. Az ilyen egyéneknek a tehenistállókban való tartózkodást el kellene tiltani.

13. Piszkos istálló, rondán tartott tehenek stb. tulajdonosa a közvetlen fogyasztásra szánt tejeladástól mindaddig eltiltandó, míg a megkívántató tisztaságot nem létesíti. Oda kellene hatni, hogy a mezőgazdasági vándortanítók, különösen a kisgazdákat, az istállók tisztántartására, a tehenek ápolására, a tögy szakszerű gondozására kellően kitanítsák.

14. Az istállóról megemlékezvén, még a nyers teljes tejet illetőleg is lenne néhány megjegyzésem:

a) A ki nyers teljes tej eladásával foglalkozik, annak, ha nagyobb a tehenészet és fejés után azonnal az istállóból a tej el nem szállítható a fogyasztók házához, tejes kamarájának kell lennie. A tejes kamarának és ennek egész berendezése szakszerű legyen és az egészségügy kívánalmainak okvetlenül megfeleljen.

Ott, a hol szűrés után nem közvetlenül árusítatik el a tej, hanem annak az elszállítás előtti hűtése elkerülhetetlen, mint mondánk tejes kamarának kell lennie. A tejeskamara falai évente kétszer meszeltessenek, czélszerűbb, ha embermagasságig olajfestékekkel, még jobb, ha email-festékekkel mázoltatnának, hogy azokat bármikor meg lehessen mosni. A kamara talaja teljesen simított betonból készüljön, hogy felmosása könnyen végeztethessék. Az ablakok olyan berendezéssel birjanak, hogy a helyiség nyáron légmentesen tartathassék, de azért kellően szellőztethető legyen.

A tejhűtő készülékek, valamint a kamarában lévő szűrők, tejes edények, állványok stb. kifogástalanul tisztán tartassanak. A tejes edényekre a tejelszállításig való letakarhatásra szükséges alkalmas fedők meg legyenek.

b) A tejes kamarában a tej csak hűtés, pasteurizálás vagy sterilizálással conserválható, illetőleg ilyen eljárással kezelhető, minden másféle eljárás, különösen chemicaliák keverése feltétlenül eltiltandó.

Fontos még a tej el-zállítása alkalmával használt kannákra való ügyelet. A kannák pontos tisztítása mulhatatlanul megkövetelendő és ezt a tisztítást a városokban levő tejesarsarnokok újabban, biztonság okáért maguk végzik. Mert az erősen behorpasztott kannák kellően alig tisztíthatók, minthogy az ilyenekben ónozás is megromlik, az ilyen össze-vissza horpadt kannák használása eltiltandó.*

A tejben lehetnek életképes mikroorganizmusok, melyek a fejestől kezdve a tej elfogyasztásáig abba juthatnak, lehetnek továbbá olyanok is, melyek a fejés előtt már a tejben megvoltak. Meglehetnek ugyanis fejéskor már a tuberculosist

* A kannák megrontói a vasúti személyzet, mely azok ki- és berakását végzi, ez határozottan barbár módon bánt, különösen a termelő helyre visszamenővel. A m. k. kereskedelemügyi ministerium útján oda kellene hatni, hogy a vasúti alkalmazottak mások vagyonával jól bánjanak és a gazdákat ez úton ne károsítsák.

¹ Ha ez sokaltatnék, összesen három járás.

előidéző bacillusok, de később is juthatnak a tejbe más, esetleg káros csírák.

Hogy az utóbbi be ne következzenek, foglalkoztam előbb az istállók, tejes kamrák és a tejszállításra használt edények kérdésével, megmondtam, hogy tejnek több ideig való eltartatása, valamint jó volta, kellemes íze szoros összefüggésben van ennek lehetőleg alacsony hőfokon való tartásával és főleg *tiszta gondos* kezelésével.

A piszkos, nem ápolat, nem kellően gondozott tőgyű tehén, a fejő ember szennyes kezei, a ronda istálló, nem tiszta tejes kamara, ha ezekben nyitott edényekben tartják a tejet, ha ennek megsűrűsése több ideig való ott-tartással az istállóban történik, a tej tisztaságát befolyásolja, ízét megváltoztatja, az legalább is „istállóíz” nyer, a mi az értékét ennek a fontos élelmi cikknek csökkenti, de egyúttal csökkenti azoknak a termékeknek eltarthatóságát¹, jóságát, így értékét is, melyek az ilyen tejből készülnek.

Az utóbb elmondott az oka, hogy a fejős tehének az istálló, tejes kamara és az edények tisztaságára, egy szóval az általános tisztaságra, a tehének egészséges volta mellett oly kiváló súlyt fektetnek.

A hatóságok feladata, hogy a vázoltakat figyelemmel kísérjék, hogy a termelőket a hygienikus követelmények kielégítésére szorítsák. Az emberorvosok tájékoztassák a fogyasztókat az egészséges, különösen a megbízható gyermek-tej hasznáról; az állatorvosok pedig, a kik ellenőrizhetik az elmondottakat, járjanak el kötelességszerűleg, hozzák tudomására az előjáró hatóságoknak a működésük területén levő állapotokat, hogy az az esetleg szükséges intézkedéseket a közegészségügy érdekében mielőbb megtehesse. Ezenfelül jó lesz még, ha az állatorvos a tehenészetek tulajdonosait, de egyáltalán a termeléssel foglalkozókat mindezekre figyelmeztetve, azokat tanácsával is minden körülmények között támogatja.

A nagy termelőkkel a hatóságnak, az ember-, valamint az állatorvosnak az utóbb felhozottak tekintetében kevés ügyebaja lesz, azok ezeket a dolgokat ismerik és saját hasznukat tekintve, nagyobb részt megfelelnek a követelményeknek. De a nagy termelőkkel szemben nem úgy vagyunk a kis termelőkkel, különösen az ezek által alkotott szövetkezetekkel, melyek a tejet nyersen fogyasztó központoktól távol esnek és a nyers tej eladásával nem foglalkozhatnak.

Ezek tehát szövetségbe lépnek és vagy maguk készítenek vaját, vagy az említett vajgyárakba szállítják a tejszínt és megmarad a községben a *lefölözött tej*!

Azt kértem, a szövetkezetek tagjainak istállóit, a tehének és a berendezés, valamint az összes kezelések megfelelnek-e a hygiene kívánalmainak?

Az iménti kérdésre azt vagyok kénytelen válaszolni, hogy sok helyen — még nem! és addig, míg az előadottak általánosan, azaz mindenütt nem testesítettnek, az ilyen szövetkezetekből kikerülő lefölözött, azaz sovány tejet közegészségügyi, valamint állategészségügyi szempontokból is „aggályosnak” kell tartanunk.

A lefölözés alkalmával a centrifugában marad bizonyos anyag, melyet „centrifug iszap”-nak neveznek. Kétségbevonhatatlanul be van bizonyítva, hogy ebben — a tejben volt szennyező anyagokon kívül — a legtöbb mikroorganizmusok foglaltatik, azért a centrifugában maradó tejszap megsemmisítését el kell rendelni.

Ez vonatkoznék a lefölözésre, a lefölözött teje nézve,

¹ A tejben való mikroorganizmusok száma az így kezelt tej köbcéntiméterében 200-ról 25,000-re emelkedhetik (Freudenreich).

ha az pékek által használtatik vagy túró készül belőle, providálni nem kellene, de mert az gyermekek táplálására használtatik, továbbá mert fiatal állatokat nevelnek ezzel és ilyeneknél a bélsatornán át való fertőzés pedig be van bizonyítva, oda kell tehát hatni, hogy a nagyobb szövetkezetek csak pasteurizálása után adják vissza a termelőknek a lefölözött tejet. A kisebb szövetkezetben levő kisgazdákat oktassák ki az állatorvosok, mezőgazdasági tanfolyamokban résztvevő és ott tájékoztatott tanítók a gümőkór által bekövetkező veszteségekre és tanácsolják nekik, hogy a lefölözöttten hozzájuk a szövetkezetből visszakerülő tejet a gazdasszony állítsa ebéd vagy vacsora főzésekor a tűz mellé és ha ott a tej felszíne „pillézni” kezd (mert hőmérő, mely a 80° C.-t megmutatná, a kisgazda birtokában nem lesz), vegye el a tejjel megtöltött fazékot a tűzről, takarja le és ha lehűlt, etetheti bátran.

*

Záradékol még egyes felderítendőkről kell megemlékezni, melyek később a tuberculosis ellen való küzdelemben segítségünkre lehetnek.

Felderítendő lenne, hogy mily korú állatok utódjai birnak legesekélyebb hajlamossággal a gümőkór iránt és ennek mintegy ellenőrzésére mely korú szülők utódjai közt mutatkozik a gümőkór leggyakrabban?

A tuberculosis ellen erősen fertőzött istállóban csakugyan vannak olyan állatok, melyeket ez a betegség meg nem lep, ezek immunisaknak tekintetnek. Kérdés, az ilyenek utódjai öröklik-e ezt a tulajdonságot, vagy pedig az immunis állat *tejével* való táplálkozás, esetleg egyéb befolyások adják meg ezt?

Vannak-e takarmányok és takarmányozási eljárások, melyek az állatok fogékonyságát a gümőkór iránt megnövelik, esetleg csökkentik.

Van végül még egy — véleményem szerint igen érdekes — három ágra oszló kísérlet, melyet szóba hozandónak tartok, és pedig: újabban a *tejnek tulajdonítanak a fertőzést illetőleg legnagyobb befolyást*. Annak bebizonyítására, hogy ez a vélemény jogosult-e vagy nem,

a) valamely erősen fertőzött istállóból például, reagáló tehének által egy és ugyanazon évben ellett hat üszőborjut a colostratej kiszopása után azonnal el kellene választani, de az anyjuk tején megítatással nevelni tovább. Négy hetes korában mindegyik borjú tuberculinizáltassék és az ekkor netalán reagáló rögtön mézáróshoz menne;

b) szintén reagáló más tehének által ellett hat darab üszőborjuval hasonlóan bánának, csak hogy ezek sterilizálva kapnák a táplálásukra szükséges tejet.

Mind a két csapat borjui elkülönítetten legeltetnének, neveltetnének fel, megüzetnének és harmadik borjúzás után hizlaltatnának meg, vágattatnának le, az eredmény megállapítása végett;

c) a harmadik kísérlet, hogy a fertőzött istállóban állt, de teljesen egészségesnek maradt, tehát immunisnak vélelmezhető tehénktől való hat üszőborjú szintén elkülönítetvén, azaz a fentebbi módon, de gondosan és szigorúan csakis az anyjuk tején neveltetnének. Leborjúzásuk után a fiatal tehének fertőzött istállóba reagáló állat mellé állítatnának annak kiderítésére, hogy ezek fertőztetnek-e vagy sem?

Ezekben ismertettem a gümőkört illetőleg a házi állatokra vonatkozókat és — midőn a javasolt intézkedések fogantatását tisztelettel ajánlanám — kifejezést adok annak, hogy a javasoltak fogantatba vételével az állatok közt pusztító ezen veszedelmes betegségnek okvetlenül erős gátak lesznek emelhetők.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében. Bókay Árpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauter Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanár.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kövesi Géza és Róth Schultz Vilmos: Közlemény a Korányi Frigyes dr. egyetemi tanár vezetése alatt álló I. számú belgyógyászati kórodáról. A vesegyuladások terapiája. 92. lap.

Ónodi Adolf: A homloküreg kutaszólása és kiöblítése empyemáknál. 94. lap.

Lenkei Vilmos Dani: A napfürdőknek a szervezet némely functiojára gyakorolt hatása. 97. lap.

Tárca. Tihanyi Mór: Orvosok és orvosi tudomány az ókorban. 99. lap.

Irodalomszemle. Összefoglaló szemle. Kollarits Jenő: A Basedow-kór gyógyítása. 99. lap. — Könyvismertetés. Anton c. Frisch, Otto Zuckerkandl: Handbuch der Urologie. (Picker Rezső.) 100. lap. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Lion: A szőlő- és gyümölcszúrok egyidejű fellépésének kérdéséhez. (Picker Rezső.) — Sebészet. Coste: A gastroptosis gyógyítása. (Remenár.) — Haasler: A bélszűkületek. (Remenár.) — Bunge: Az acut

pankreasvérzések és hasi zsírszövetnecrosisok kóreredete és gyógyítása. (Remenár.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Loeb: Collargol használata klysmá alakjában. — Schlesinger: Pyrenol mint antineuralgicum. — Folyóiratok átnézete. 101. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Megválasztás. — Markusovszky-féle jubiláris előadások. — A magyar orvosok és gyógyszerészek árvának otthona. — X. Szünidei Orvosi Cursus. — X. nemzetközi szemész-congressus Luzernben. — Okleveleiket bemutatták. — Gyógyfürdő-jelleg adományozása. — Népsanatorium az alföldön. — Högyes tanár Pasteur-intézete. — A budapesti poliklinika. — A szabadkai önkéntes mentőegyesület. — Elhunyt. 102–103. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Budapesti királyi orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

Melléklet. Elme- és idegkórtan. 2. szám. Szerkesztik: Babarczy Schwartzner Ottó udyari tanácsos és elme- és ideggyógyintézeti igazgató és Moravcsik Ernő e. tan.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Korányi Frigyes dr. egyetemi tanár vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kórodáról.

A vesegyuladások terapiája.¹

Irták: Kövesi Géza klinikai tanársegéd és Róth Schultz Vilmos, volt klinikai gyakornok, nervii orvos.

Tisztelt Orvosegyesület!

A kétoldali diffúz vesegyuladások, a melyeknek terapiájára vonatkozó vizsgálatainkról vagyunk bátrak mai alkalommal a tisztelt Orvosegyesületnek beszámolni, az által válnak a szervezetre végzetessé, hogy a vesének működését alászállítják, megakasztják. Az elégtelen veseműködés közvetlen következménye a vizelet alkatrészeinek, az oldó víznek s az oldott szilárd anyagoknak a szervezetben való rekedése — retentioja — s a retentio az a forrás, a melyből a betegség súlyos jelenségei, az uraemia s vizenyő változatos tünetsoportja, fakadnak. S a veseelégtelenségből eredő retentio szolgál egyszersmind a therapia legtermészetesebb s legalkalmasabb támadáspontjánál. A vesebajoknak nines causalis terapiájuk s nines ellenük igénybe vehető specifikumunk. Ezek híján a rationalis gyógyításnak, a mely nem akar tisztán symptomás kezelésre, empiriás tapogatódzásra szorítkozni, csak egy útja van s ez az: hogy a vesebajok súlyos tünetmennyiségének s végzetes lefolyásának kiinduló pontját, tulajdonképeni forrását, a vizeletrészek retentioját támadja meg, azt igyekezzék megelőzni, apasztani, leküzdeni.

A vesebajoknál évtizedek óta több-kevesebb eredménnyel s több-kevesebb czéltudatossággal alkalmazott gyógyeljárások tényleg a retentio ellen irányulnak. A diatás eljárások, a melyek

a vesekimélés szempontjára támaszkodnak, a vesék elégtelen működését s a vizeletalkatrészek felhalmozódását olyan módon igyekeznek megelőzni, hogy azok képződését szorítják a bevitel korlátozása által szűkebb korlátok közé. A vicariáló eljárások — az izzasztás, a catharsis — az elégtelenül működő vesék helyett egyéb szerveket, a verejtékmirigyeket, a bél nyákhártyáját igyekeznek pótló tevékenységre indítani. A diureticumokkal végre magukat a hiányosan működő veséket serkentjük nagyobb erő-kifejtésre.

A diatás eljárások, a vicariáló utak s a diuresis igénybe vétele képezik a vesebajok terapiájának lényeges részét. Ezen gyógymódok értéke és igénybevételek jogossága s eredményessége iránt azonban — általános elterjedésük daczára — korántsem jutottak a klinikusok egyezésre, a mit a következőkben elég alkalmunk lesz demonstrálni. Az egyezés hiányának kettős oka van. Az egyik a vesebajok szabálytalan remissiókból s exacerbatiókból összetevődő lefolyása, a betegség spontán ingadozásai, a melyek gyakran lehetlenné teszik a gyógyító beavatkozás hatásának elbírálását. A másik a klinikai megfigyelés természetes korlátozottsága. A gyógyító beavatkozás eredményessége, kedvező vagy esetleges kedvezőtlen hatása korántsem nyilatkozik meg mindenkor közvetlenül s világosan a klinikai képben, ellenkezőleg gyakran teljesen elmarad leplezve; az eredmény látszólag semmi (így első sorban, a mikor a diatá befolyását nézzük, a mely csak huzamos idő után nyilatkozik meg), avagy olyan kétes, hogy tág teret enged a subjectiv mérlegelésnek. Ha biztosabb, világosabb eredményt óhajtunk, úgy ki kell bővítenünk a klinikai megfigyelés határait s a gyógyító eljárások értékét nem szabad egyedül a szembetűnő, közvetlenül észlelhető eredményből megítélnünk, de számba kell vennünk ezen felül, hogy milyen befolyással vannak a közvetlenül észlelhető tünetmennyek rejtettebb forrására, a vizeletalkatrészek retentiojára.

¹ Előadatott a budapesti kir. Orvosegyesület 1903. október 17-diki ülésén. Részlet a Balassa-díjjal jutalmazott pályamunkából.

Ezen befolyás megállapítása képezte vizsgálataink czélját.

A czél elérésére rendelkezésünkre álló eszközök egyrészt a rendszeres anyagcserevizsgálat, a melynek segítségével, alkalmas berendezéssel s az összes kiadások számbavételével megállapíthattuk azt, hogy adott időn belül teljes-e, hiányos-e a N-es bomlástermékek, a sók, a víz kiválasztása, hogy mennyi az illető anyagoknak a szervezetben rekedt vagy abból felesen távozó mennyisége; másrészt a vér és vizelet *kryoskopijája*, a mely azt engedi megbecsülni, hogy a vesék a szervezet osmosis-nyomásának állandóságát mennyiben s milyen határokig képesek megővni.

A gyógyító eljárások eredményeinek ezen közvetettebb tanulmányozása mellett természetesen nem hanyagoltuk el a közvetlen klinikai megfigyelést s alkalmunk volt a gyógyítás szempontjából is a megfigyelés ezen két — egymástól egyébként élesen el nem határolható — nemét összevetni. Az összevetés eredménye csak megerősítheti azon eleve táplált felfogásunkat, hogy a megfigyelés közvetlen s közvetett methodusai egymásnak nem antagonistái vagy versenytársai, de fontos és becses kiegészítései.

I.

A vesebajok *diatetikája* a mult század utolsó két évtizedében nagy fellendülést mutat csak úgy, mint a diatetika egyéb ágai. Nemcsak az életrend általános irányelvei képezik számos kutatás tárgyát — de még az érend megszabásának apróbb kérdései közül is egész irodalom fejlődött, pl. arról, vajjon a tyúktójszának van-e helye a vesebajos diatájában. Ezen diatetika leglényegesebb részét azon szempontok képezik, a melyeket A. F. Hoffmann oltott a belső betegségek therapiájába a beteg szerv pihentetése, kimélése, „Schonungstherapie“ czimén s a melyeket a vesékre vonatkozólag Senator épített ki széles alapú nagy jelentőségű doctrinává. Doctrinájának élén az a jelmondat áll, hogy a diateta olyan legyen, hogy a vese működő sejtjeinek munkáját lehetőleg kevésbé vegye igénybe, a vesét kimélje. A kimelési elv azonban, azt hisszük, mindeddig feltűnő egyoldalúsággal érvényesült, t. i. szigorúan csak a veseműködés kétségtelenül legszembetűnőbb részével, a nitrogén bomlástermékek kiválasztásával szemben jutott alkalmazásba. Ez a szempont bennünket ki nem elégít, nézetünk szerint a vese minden functionja kimélendő, s a diatetika hivatva van a retentio minden nemének elhárítására. Másrészt a nitrogén bomlástermékek retentiojának magunk is elsőrangú jelentőséget tulajdonítunk.

A nitrogenretentio megelőzésére s leküzdésére Senator s vele sokan a fehérjeszegény étrendet ajánlják. Ha a vesebajos szervezetbe kevés fehérjét viszunk, úgy az (a fehérjeegyensúlyra való törekvésében) kevés fehérjét is fog elbontani s így kicsinyre róttuk a vesék munkáját s esetleg elhárítjuk vagy csökkentjük a N-es bomlástermékek felhalmozódását. Ha a fehérjeadag megszorításában addig a fokig megyünk, hogy ne képződjék a szervezetben több bomlástermék, mint a mennyinek hiánytalan kiválasztására a beteg vesék teljesen képesek: úgy megfeleltünk a diatetika legfőbb követelésének: tényleg elejét vettük a retentionnak. A kérdés csak az, hogy mehetünk-e ezen fokig a szervezet komoly veszélyeztetése nélkül? Vajjon nem e jogos az az aggodás, hogy a fehérjeszegény étrend a beteg, ellenállásban csökkent, s az albuminuria által is fehérjéjéből folyton vesztő szervezetet életereje forrásában, élő fehérjeállományában támadja meg! Ez az aggodás ismételt és komoly hangsúlyozásra talált számos szerző, különösen a vesebajok terén elsőrangú tekintélynek örvendő leydeni tanár *Rosenstein* részéről, a kihez számosan csatlakoztak. Két egyenlően jogos, egyenlően jelentőséges követelés áll tehát egymással szemben a vesebajos fehérjetáplálásának megszabásánál. Akármelyiknek elhanyagolása komoly veszélyt hozhat a betegre. Hogy a fehérjeadag túlságos megcsökkentésének, a fehérjeéheztetésnek milyen káros következményei lehetnek, azt bőven kifejtteni talán felesleges, legfeljebb arra akarunk utalni, hogy a vesebaj lefolyására első sorban irányadó kielégítő szív-működést tehetjük vele kockára. Hogy másrészt a bő fehérjetáplálásnak, a kimelési szempont elhanyagolásának mi a következménye, azt a következő eset demonstrálja:

Könczöl, 21 éves. Nephritis acuta bő albuminuriával, cylindruriával. Csekély fejfájások. Vizenyőnek nyoma sincs. A táplálék caloriatartalma a testsúly kilogrammjaként 34, fehérjetartalma 100 gm. (1644

N), az utóbbi lesz a III periodusban ugyanazon caloriamennyiség mellett 21—22 gm.-ig emelve.

Periodus	Vizelet-mennyiség	Napi átlagos N egyensúly	Napi átlagos Na Cl egyensúly	Napi átlagos P ₂ O ₅ egyensúly	Napi átlagos fehérje N	Testsúly változás a periodus alatt	δ a periodus végén
I.	2163	+1 72	+1 34	+2 13	1 70	±0	0 59
II. Bő fehérje	2042	+3 63	+5 46	+2 52	4 41	+500 gm.	0 57
III.	1647	±0	+4 11	+2 16	3 49	—100 gm.	0 59

Az eredmény a mellékelt táblázat tanúsága szerint a retentio minden nemének a bevétel s kiadások egyenlegéből megállapítható növekedése. Nemcsak a N, de a P₂O₅ és konyhasó is nagyobb mennyiségben rekedt meg a szervezetben a bő fehérjeadagolás alatt, a mi érthető abból, hogy a nagyobb fehérjeadag nemcsak a N, de a sók nagyobb bevitelével is jár. Kérdés, vajjon a bő fehérjeadagolásnak a klinikai képen megnyilatkozó következményei vannak-e? Mint ilyet először az albuminuria növekedését említjük, minthogy az albuminuriát hagyományosan a klinikai tünetek közé szokás számítani. Az albuminuria jelentékeny megnövekedésére azonban nagyobb súlyt nem fektethetünk, az ilyesmi előfordul spontan is, s különösen a diateta minden megváltoztatása után, mint azt *Noorden* kiemeli, s mint magunknak is gyakran volt alkalmunk észlelni. Sokkal feltűnőbb és nézetünk szerint sokkal jelentősebb, hogy közvetlen a bő fehérjeperiodus befejezésével az eddig vizenyőmentes betegnél szemhéj és boka oedema lép fel. Vajjon helyes-e itt a post hoc propter hoc következtetés? Vajjon a bő fehérjeadagolás után fellépett oedema annak következményét képezi-e? Úgy hisszük igen. Ezen felfogásunk mellett szól az, hogy épen a bő fehérjeadagolás folyamán gyarapszik a kísérleti egyén szervezete vizeben, a mint azt a testsúly növekedése, továbbá az a körülmény tanúsítja, hogy a vér fagyáspontsüllyedése a retentio összes nemének (N, Na Cl, P₂O₅) gyarapodása daczára ezen periodus alatt nem növekszik, sőt csökken. A vizenyő ezen esetben nem magyarázható a vese hiányos vízkiválasztó működéséből azért, mert a vizeletmennyiség az előbbi periodushoz képest alig csökken. S így az a legvalószínűbb felvétel, hogy a bő fehérjetáplálás s vele járó nagyobb retentio folyamán a vízkiválasztás vesén kívüli tényezőinek, a bőrnek s a tüdőnek ebbeli működése csökkent meg. Hogy az oldott részeknek a vérben való felhalmozódása s a szervezet osmosis-nyomásának megfelelő emelkedése a bőrön s tüdőn át való vízkiválasztást tényleg korlátozza, azt egy mindjárt idézendő ecclatansabb eset révén lesz alkalmunk kifejtteni.

Az épen ismertetett eset mindenesetre világosan demonstrálja a feles fehérjebevitel kedvezőtlen befolyását: az eredmény az oldott vizeletalkatrészek fokozott retentioja, a melyhez azután vizenyő és vizenyő járul. Ez a fokozott fehérjebevitel közvetlen következménye, a mivel azonban, úgy hisszük, niesen még annak összes következménye kimerítve. Tekintve u. i., hogy az uraemiát, a melynek közelebbi létrejövési módja iránt megállapodásra jutni mindeddig ugyan nem sikerült, in ultima ratione másból, mint bizonyos mérgező vizeletalkatrészeknek a szervezetben rekedéséből nem magyarázhatjuk, s hogy ezek közt valószínűleg nagyobb szerep épen a N-es bomlástermékeknek jut: nem zárható el annak belátása elől, hogy a retentio minden nemének szemünk előtt folyó nagyra növése, bár nem váltotta ki közvetlenül az uraemiát, legalább is előkészítette a talajt annak kifejlődésére.

A fehérjebevitelnek a vese működőképességéhez való arányítása ezek szerint csak olyan indokolt követelés, mint a minő jogos a szervezet fehérjeállományának megővését hangsúlyozni kellő táplálás által. Elméletben ezt a két követelést összeegyeztetni könnyű: „a legtöbbet ér — mondja Senator — az olyan étrend, mely a beteg táplálkozási állapotát javítja vagy megővja, a nélkül, hogy a beteg vesét túlterhelné.“¹ A gyakorlatban azonban már azon előző kérdésre is nehéz megfelelni, hogy mi a kezelésünk alatt levő vesebajos fehérjeszükségletének minimuma, mennyi az a fehérjequantum, a mely táplálkozási állapotát megővja? s hogy mennyi a fehérjebevitel az a maximuma, a melynek bomlástermékeit a vese kitakarítani biztosan képes? S ezenfelül mindazon esetekben, a melyekben a szervezet több fehérjét igényel, mint a mennyinek bomlástermékeit kiválasztani képes, a két követelés összeegyeztetése eleve lehetetlen s egyikük vagy másikuk elejtendő. Az egészséges ember fehérjeszükséglete *Voit* szerint (egyébként kielégítő caloriaszükséglet mellett) 85 gm., (a mi megfelel 13—14 gm. N-nek), újabb adatok (*Hirschfeld*,

¹ Verh. d. IX. Congr. f. innere Med. 1890.

Kumagawa, Klemperer, Senator) azonban arra utalnak, hogy jóval kisebb, esetleg félannyi fehérjemennyiség is elegendő, még a munkás-ember testállományának fenntartására is, s Senator ez alapon közepsúlyos esetekben 50—70 gm. napi fehérjeadagot ajánl (a mennyi $1\frac{1}{2}$ —2 l. tejben vagy 250—350 gm. sovány húsban foglaltatik) s különösen súlyos esetekben nem átalja a napi fehérjeadagot 30—40 gm.-ra redukálni! Ám a fehérje ezen reduktója nem közönyös. Az idézett újabb adatok, a melyekre Senator támaszkodik, már elszigetelt voltakánál fogva sem nyújtanak elegendő támaszt¹ a az albuminuria útján folyton fehérjevesztéseket szenvedő vesebajost, chronikus esetekben hosszabb idő folyamán minimális fehérjeadagokkal táplálni, úgy hiszszük olyan követelés, a melyet nem teljesíthetünk nyugodt lélekkel. Sohasem fogjuk a fehérjeadagot erősebben redukálni, mint a meddig szükséges, sohasem fogunk kevesebb fehérjét adni, mint a mennyinek bomlástermékeivel a vese még megbirkózik. Hogy mennyi azonban ez a határmennyiség, hogy milyen a vesebajos N-kiválasztóképessége, az iránt nem lehet sematikus, általános érvényű adatokkal szolgálni. Ez a képesség még egy kategóriába tartozó betegeknel is esetenként, sőt ugyanazon esetben is időnként más és más; Noorden zsugorodó vese esetekben a vese által kiválasztott nitrogénmennyiséget p. o. nagyobbbrést 11—16 gm. között levőnek találta,² a mi 69—100 gm. fehérjebevitelnek felelne meg, tehát olyan mennyiségnek, a mely a Voit adta számmal eléggé egyezik. De ezek korántsem általános érvényű határszámok, p. o. magunknak is volt alkalmunk olyan teljesen compenzált zsugorodó vese esetet hosszabb ideig észlelni, a melyben a 11 gm. napi N-bevitel mellett állandó volt a N-retentio, s a parenchymás nephritis esetekben — heveny s chronikus esetekben egyaránt — még nehezebb a N-kiválasztóképesség közép- vagy határértékeit megadni. Ezekben a N-kiválasztóképesség nagyobbbrést lényegesebben csorbult meg, mint a compenzált interstitialis esetekben. Súlyos, anuriás vagy nagyon oliguriás vesebajosnál persze nem is gondolhatunk a test fehérjeállományának fenntartására s a retentio elhárítása diéta szabályokkal kivihetetlen. Nem így közepsúlyos esetekben, a melyekben a vizenyős s uraemiás jelenségek ugyan eléggé kidomborodnak, de nem értek olyan fokot, a mely eleve megghiúsít minden a diétára támaszkodó behatást. Az ilyen esetleg hasonló s súlyosságukban is egy rangsorba tehető esetekben, a vese N-kiválasztóképessége a legkülönbözőbb lehet. Látunk olyan kiterjedt vizenyővel járó s különben is elég súlyos esetet, a melyben a vesék 14—15 gm. napi elbontott N-t választottak ki, tehát annyit, a mennyi megfelel a Voit követelte fehérjemennyiségnek, sőt azt felülhaladja. Nem volna-e hiba az ilyen esetben az alkalmat elmulasztani, hogy a huzamos betegség folytán kimerült, hypalbuminaemiás, fehérjeszegény szervezetet bő s főleg kielégítő fehérjetartalmú táplálékkal erősítsük? Más s a klinikai tünetek alakjában s súlyosságában az előbbtől lényeges különbséget alig mutató esetben viszont a vese 6—7 gm. elbontott nitrogénal is alig képes megküzdeni (a mi körülbelül 40—50 gm. bevitt fehérjének felel meg), a mikor meg nagy hiba volna a bővebb fehérje-

táplálás, a mikor tényleg a Senator ajánlotta alsó niveaura kell szállnunk, ha nem akarjuk a szervezetet bomlástermékekkel elárasztani s ezen úton a vesebaj összes súlyos tüneteit gyarapítani.

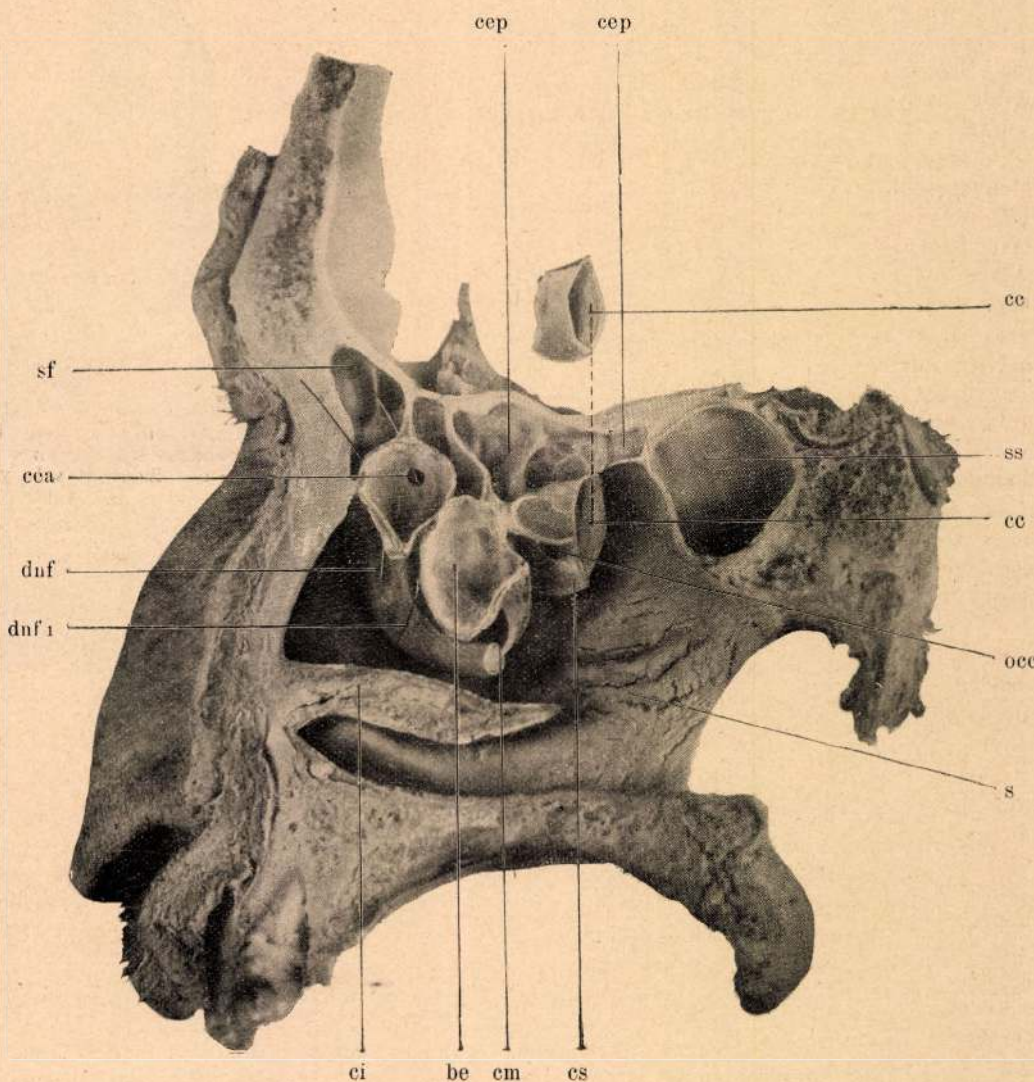
(Folytatása következik.)

A homloküreg kutaszolása és kiöblítése empyemáknál.

Irta: Ónodi Adolf dr., egyetemi tanár.

(Folytatás.)

A mellső rostasejteknek szomszédos viszonya ismeretes, sőt a fejlődés szorosabb kapcsolatát is tüntet fel a homloküreg és a mellső rostasejtek között. A mellső rostasejtek nyílásainak közvetlen helyzete az ostium frontale mellett az infundibulumban, továbbá azoknak benyílása a ductus nasofrontalisba érhetővé teszi a könnyű tévedést, mely a kutaszolásban előfordulhat. A hatodik ábra egy érdekes képet nyújt: egy sagittális metszeten oldalt látható két ductus nasofrontalis jelenléte, sörte vezet mindkettőn keresztül. A mellső ductus nasofrontalis (dnf) a hiatus



6. ábra. Sagittális metszet. sf homloküreg, cea mellső rostasejt, dnf mellső ductus nasofrontalis, dnf1 hátsó ductus nasofrontalis, be bulla ethmoidalis, em középső orrkagyló, cs felső orrkagyló, cep hátsó rostasejt, cc kagylósejt a felső orrkagylóban, ss iköböl, occ kagylósejt nyílása a felső orrjáratba, s orrsövény.

semilunaris előtt és felett a középső orrjárat mellső részén van elhelyezve nyílásával, a hátsó ductus nasofrontalis (dnf) az infundibulum tetején nyílik és ezen járatba vezet egy mellső rostasejt (cea), mely közlekedés kerek nyílása jól látható.

A hetedik ábra szépen mutatja a homloküregnek (sf) és az előtte fekvő mellső rostasejteknek (cea) viszonyát az infundibulumhoz, melybe az utóbbinak belenyílását egy sörte jelzi. Ezen esetben a homloküreg nyílása előtt fekszik a mellső rostasejt nyílása, mindkettő az infundibulum tetején, a sonda könnyebben

¹ A fehérjeszükséglet szövödményes kérdését illetőleg Hirschler és Terray diáetetikájának világos és kimerítő fejtegetéseire utalunk.

² Sammlung klin. Abhandlung. 2. Heft. 1902.

juthat a mellső rostasejtbe, melynek magassága csak valamivel kisebb mint a homloküregé.

A nyolczadik ábra egy sagittalis metszeten tanulságosan mutatja azt a lehetőséget, midőn a középső orrjáratban a hiatus semilunaris mellett a homloküreg és egy verticalis irányban magasan felnyúló rostasejt nyílik, és a sonda mindkét üregbe egyaránt könnyen juthat be. Hiszen látni a homloküregnek kivezető járatát (dnf) és mögötte a verticalisan felnyúló mellső rostasejtet, ez utóbbiban a sonda 2 cm.-nél többet hatolhat előre, midőn a középső kagyló mellső végét elhagyja és azt a látszatot kelteti, mintha a homloküregbe jutott volna.

Bonyolulttá teszi a viszonyokat a bulla frontalis jelenléte.

A kilenczedik ábra egy homlok-metszetben mutatja be mind a két oldalon a bulla frontalist (bf), mely felett a homloküreg van elhelyezve (sf), mindkét üreg egymás mellett nyílik (d), a bulla frontalis oldalt az infundibulumba nyílik, a homloküreg parallel mellette medialisan a hiatus semilunaris mellett nyílik, a kutasz mind a két oldalon a 20 mm. hosszú és magas bulla frontalisban többet előrehatol, mint a felette elhelyezett homloküregben, melynek hossza jobboldalt 20 mm., baloldalt 14 mm., és magassága mindkét oldalon 11 mm.

A tizedik ábra egy sagittalis metszetet mutat be, melyen a Highmor-üreg medialis fala el van távolítva, jól látni a középső orrjárat (mm) területét kívülről, továbbá a bulla frontalist (bf), a mint egy járatból (d) egyenesen folytatódik az infundibulumba, a bulla ethmoidalis és a processus uncinatus között. Első tekintetre ezen bulla frontalis úgy tetszik, mintha maga a homloküreg volna.

Egy dolgozatban¹ a középső orrjárat területének áttekintése miatt lett bemutatva a Highmor-üregnek a középső orrjáratból való megnyitása czéljából, és ott mint homloküreg (sf) és kivezető járata (dnf) megjelölve. A kutaszolás czéljából most megejtett beható vizsgálatnál kitént, hogy egy bulla frontalissal van dolgunk, mely nem közlekedik a felette látható homloküreggel (sf).

Ezen bulla frontalis (bf) 22 mm. magas, a kivezető járat (d), mely egyenes folytatásképen vezet az infundibulumba, 15 mm. hosszú, ezen járat felső végén és hátsó falán egy 7 mm. hosszú verticalis rés van, mely bevezet a látható mellső rostasejtbe (cea) és egyszersmind a homloküregbe (sf), mely a bulla frontalis mögött és felett van elhelyezve és 35 mm. magas. A kutasz tehát 3 1/2 cm.-nyire a középső kagyló mellső végétől előrehatolva, akadály nélkül egyenesen a bulla frontalisba jut.

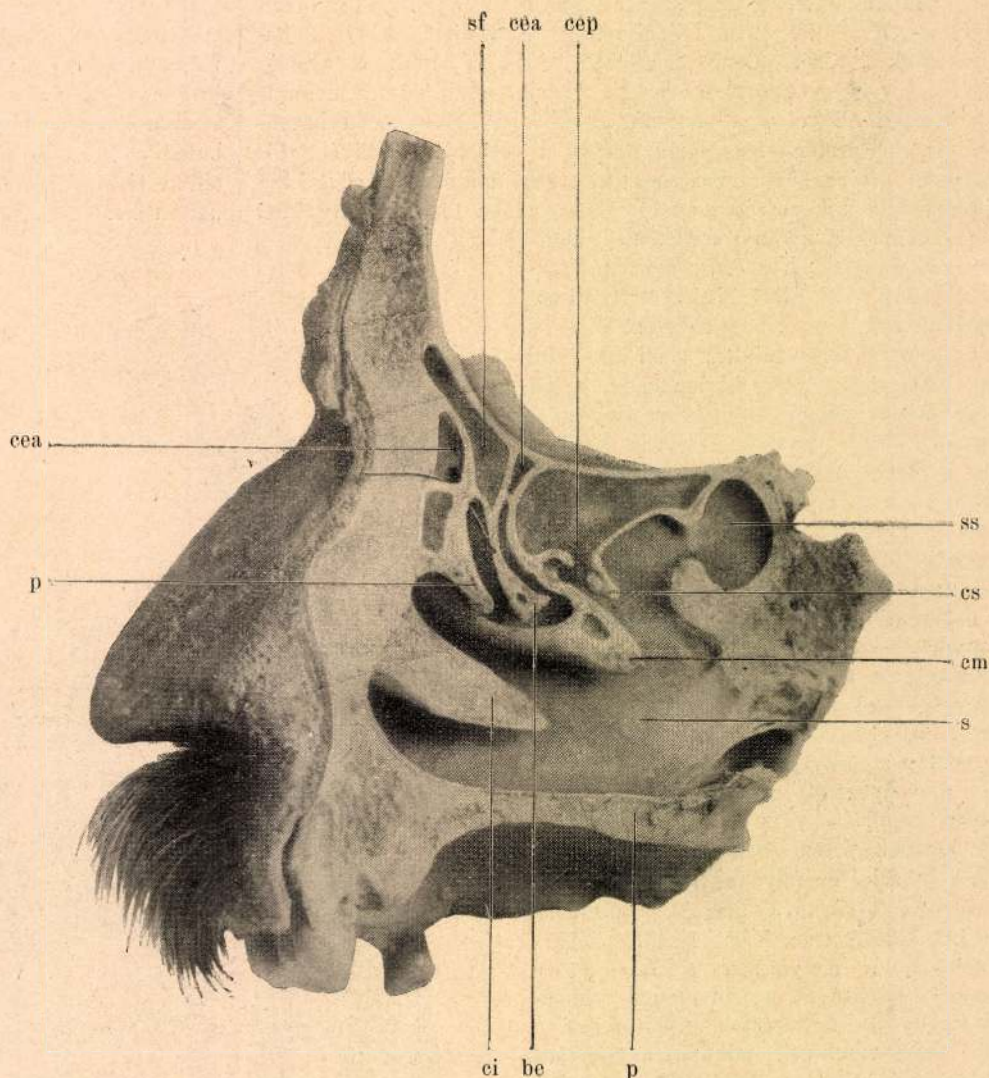
A tizenegyedik ábra a jobb oldalon egy sagittalis metszeten egy 17 mm. hosszú, 22 mm. magas és 21 mm. széles bulla frontalist (bf) mutat, mely felett van a homloküreg nagyobb része elhelyezve, mintegy vékonyfalú üres golyó van a homloküregbe beékelve. A bulla frontalis a homloküreg előtt nyílik, a homloküreg általa helyenként annyira van szűkítve, hogy a közbeneső tér csupán 1—2 mm., különben magassága 6 mm.

A tizenkettedik ábra a bal oldalon egy sagittalis metszeten egy vastagfalú golyószerű bulla frontalist (bf) tüntet fel, mely a homloküregbe van beékelve, és annak hátsó falával összeforva,

18 mm. hosszú, 24 mm. magas és 14 mm. széles, a homloküreg mögött nyílik.

Egy fejen a bulla frontalis a ductus nasofrontalis helyét és benyílását hátrább helyezte, hossza 20 mm., magassága 15 mm. és szélessége 8 mm. volt. A homloküreg 35 mm. hosszú, 26 mm. magas és 24 mm. széles volt.

Harminczegy fejen hatszor találtam a bulla frontalis jelenlétét, hossza 13—28 mm., szélessége 8—21 mm. és magassága 3—24 mm. között ingadozott.



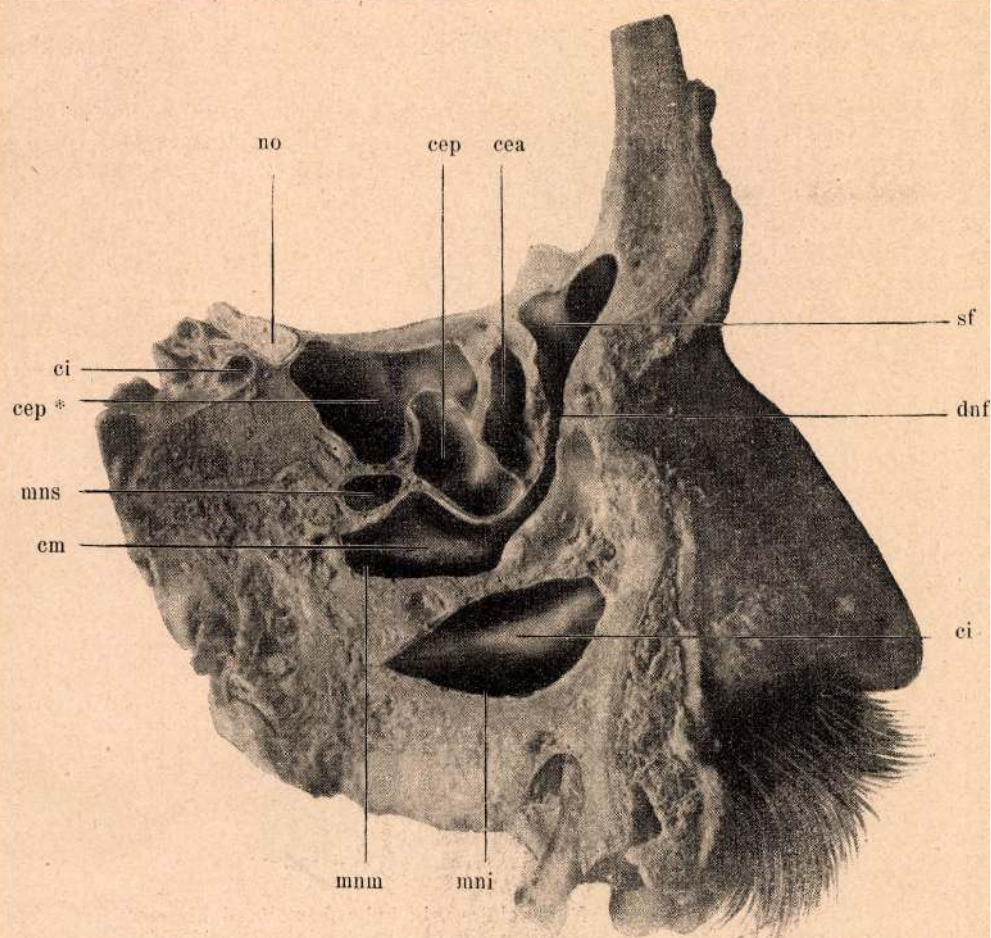
7. ábra. Sagittalis metszet. Az orrüreg oldalról megnyitva. Jól látni a homloküreg előtt fekvő mellső rostasejt benyílását az infundibulumba, melyet sörte jelez. sf homloküreg, cea mellső rostasejt, cep hátsó rostasejt, p processus uncinatus, be bulla ethmoidalis lemeze, ci alsó orrkagyló, cm középső orrkagyló, cs felső orrkagyló, ss iköböl, s orrsővény, p kemény szájpad.

Az előrebecsátott topographikus viszonyok és az érintett alakviszonyok ismerete a homloküreg kutaszolásának és kiöblítésének kivételénél okvetlenül szükséges, hogy a technikát uralni, baj nélkül alkalmazni, és a megfelelő esetekben a therapeutikus eredményt biztosítani lehessen.

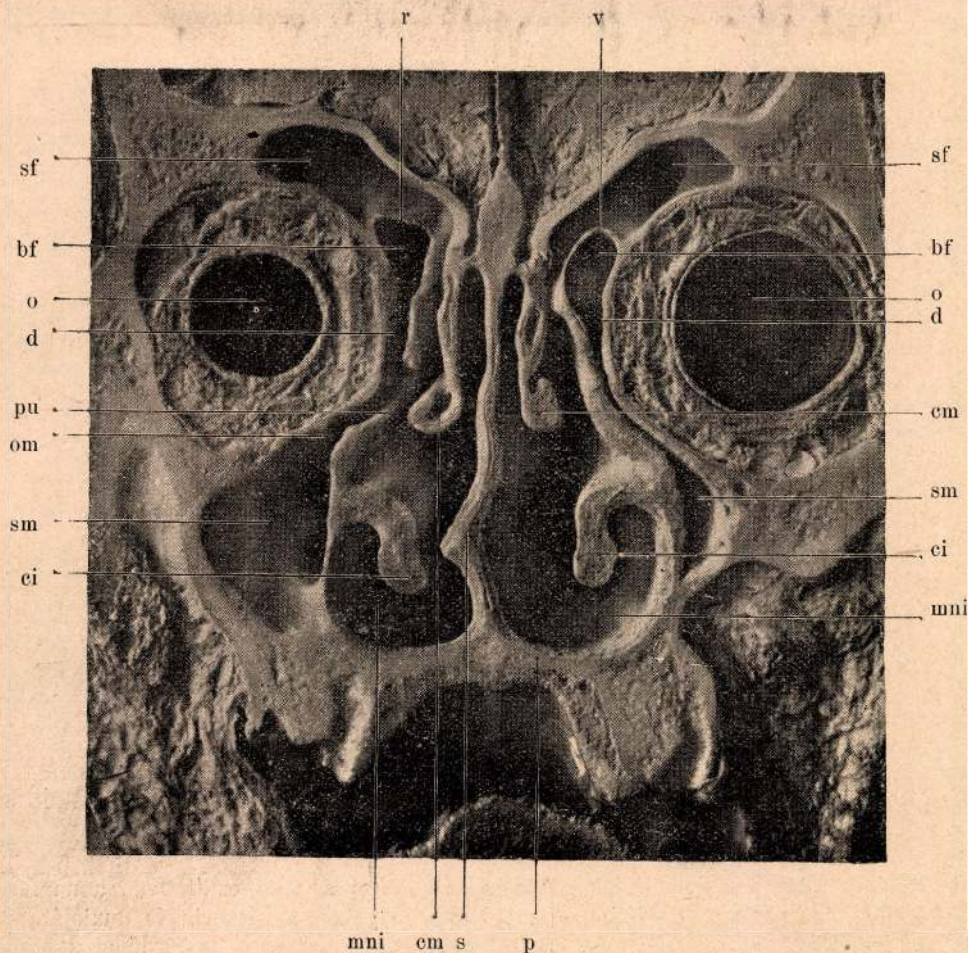
Jurasz ugyan a siker előfeltételének azon eseteket tekintette, a hol a homloküreg nyílása az inspectionnak hozzáférhető volt, ezt már Hansberg és Cholewa megtámadták, a magunk részéről sem tapasztaltuk soha. Kóros elváltozások vagy fejlődési rendellenességek ezt a lehetőséget nem zárják ki.

A kutaszolásra és kiöblítésre való sonda és canule egy bizonyos hajlattal van ellátva. Hansberg szerint a 3 cm. hosszú meghajlított vége a sondának 125 fokú hajlatot képez, Lichtwitz a sondának vagy canulának végét egyenes szögben egy cm.-nyire hajlítja meg, de hozzáteszi, hogy előnyösebb, ha a sonda vége 2—3 cm.-nyi. Schech az egy cm.-nyire meghosszabbított véget ajánlja. Cholewa a sonda legvégét még egy kissé oldalt hajlítja. Általában a letompított, egyenes szögben hajlított sonda jut alkal-

¹ A Highmor-üreg megnyitása a középső orrjáratban. Orvosi Hetilap 1903. „Gége-, Orr- és Fülgyógyászat“ cz. melléklet, 1. sz. — Archiv f. Laryngologie, 1903.



8. ábra. Sagittalis metszet. A nervus opticus, a canalis opticus viszonya a leghátsóbb rostasejthez. no nervus opticus, ci carotis interna, cep* leghátsóbb rostasejt, cep hátsó rostasejt, cea mellső rostasejt, dnf ductus nasofrontalis, mns felső orrjárat, em középső orrkagyló, mnm középső orrjárat, mni alsó orrjárat, ci alsó kagyló.



9. ábra Homloküreg metszet. sf homloküreg kivezető járat, bf bulla frontalis, d kivezető járata, v válaszfal a homloküreg és a bulla frontalis között, o szem, pu processus uncinatus, om a Highmor-üreg nyílása, em középső orrkagyló, sm Highmor-üreg, ci alsó orrkagyló, mni alsó orrjárat, s orrövény, p kemény szájpad.

mazásra, a három em.-nyire hajlított ívalakú görbület az esetek szerint módosítható és a sikerült sondázás esetében a bevált görbület megjegyezhető, hogy újabb kísérletezésnek elejét vegyük. A kutaszolás eszközlésénél általános érvényű szabályokat nem állíthatunk fel. Rendesen cocaineval előbb megecsesztjük a középső kagylót és a középső orrjáratnak mellső részét, azután vezetjük a sonda végét a középső kagyló mellső vége alatt a hiatus mellső részéhez, itt a kutaszt enyhén, minden erőszak kikerülésével törekszünk előre tolni, süllyesztve a sonda külső végét. Ha a kutasz a homloküreg nyílásába vagy járatába jutott, akkor könnyedén tolható mellfelé és felfelé a kutasz. Vannak esetek, midőn a középső orrkagyló megtartásával sikerül a homloküregbe vezetni a kutaszt vagy a canulét. De sokszor ez nem sikerül.

Hansberg, hogy a kutasz a rostasejtekbe ne tévedjen, a kutasz végét inkább a középvonal felé irányítja, míg Cholewa ellenkezőleg inkább oldalt irányítja a kutasz végét, hogy az infundibulum tetején a homloküreg nyílásába jusson.

Hajek figyelmeztet, hogy a sonda végét az infundibulum mellső végén medialisán irányítsuk, hogy a homloküregbe jussunk. Mindezen körülmények sem elég arra, hogy a kutaszolást könnyebben elősegítsük, vagy hogy szabályokat csináljunk. Megtartott kagyló mellett a tájékozódás korlátozott; előbb megvizsgáljuk a kutaszszal a középső orrjárat mellső végét, mert annak tetején és a hiatus mellett és felett is nyílik a homloküreg, azután alulról és hátulról, a hiatus irányának megfelelően mellfelé és felfelé irányítjuk a kutasz végét, és így bejutunk az infundibulumba; ekkor, ha az infundibulum tetején nyílik a homloküreg, könnyen vezethetjük előre a kutaszt, ha az infundibulum tetején megakad a sonda, akkor először medialisán irányítsuk, mert gyakrabban legmedialisabban nyílik a homloküreg, de megfordítva is lehet, oldalt többnyire egy mellső rostasejt nyílásával találkozzunk. E mellett az esetek 20%-ában találtuk a bulla frontalis jelenlétét, mely többnyire az infundibulumba nyílik.

Cholewa a középső kagylónak a sővényhez való tolását, szerinte luxálását ajánlja, hogy a sonda könnyebben előre hatolhasson. Megtartott kagyló mellett tehát a kutaszolás sikerül, ha a homloküreg nyílása a hiatus mellső vége előtt vagy az infundibulum tetején van elhelyezve, és a sonda bevezetése az orrsővény, középső kagyló és orrjárat részéről akadályokba nem ütközik, különben nehezen, vagy éppen nem sikerül. Az akadályokat képezhetik az orrsővény elhajlásai, tövisai, a középső orrkagyló görbülete, duzzanata, túltengése, a bulla ethmoidalis és a processus uncinatus kiugrása okozta szűkülete a hiatusnak, ezen részeket fedő nyálkahártya duzzanata, túltengése, polypok, mind ezen lehetőségek tekintetbe vételével szükséges a középső kagyló mellső végének resectioja, mely lehetővé teszi a homloküreg benyílási területének szabadabb tételét és a kutaszolás, kiöblítés lehetőségét. A legtöbb esetben ezen beavatkozás szükségessé válik,

mert egyrészt az esetlegesen jelenlevő polypok és túltengések eltávolításával a geny lefolyásának utat biztosít, másrészt könnyebbé és biztosabbá teszi a homloküreg kutaszolásának és kiöblítésének eszközését.

Nagyon megkönnyíti a lefolyó geny a kutaszolást, mindazonáltal a középső kagylóvég resectioja sem biztosíthatja mindig a kutaszolás sikerültét. Mint láttuk, ennek magyarázatát adja az infundibulumba nyúló bulla frontalis, vagy egy verticalisan magasra nyúló mellső rostasejt jelenléte, továbbá megakadályozhatja az orrsövény részéről annak elhajlása vagy lécze ezen előmütét daczára.

Fontos annak eldöntése, vajjon a sonda a homloküregben van-e akár megtartott középső kagylóval, akár a kagylóvég resectiojával. Nem mindig, ha sikerült is a kutaszolás, mindjárt vagy utána ürülhet a geny, de ez még nem teljesen döntő, hogy a geny a homloküregből ürült-e, ép úgy ürülhet esetleg egy bullából vagy egy verticalis nagyobb mellső rostasejtből is.

Felvették alapul azon távolságot, mely a mellső orrnyílás és a homloküreg alapja között fennáll; ezen távolság *Hansberg, Engelmann* szerint 60 mm., *Cholewa* szerint 70 mm. Ha a bevezetett kutasz ezen távolságot elérte vagy meghaladta, akkor feltehető, hogy a homloküregbe jutott. Ezen alap és a cm. beosztással ellátott sonda sem nyújthat biztosékokat, mint láttuk. *Hajek* szerint megközelítőleg biztosan akkor van benn a kutasz a homloküregben, ha a középső kagyló legmellsőbb tapadásától $2\frac{1}{2}$ cm.-nyire felfelé haladt, de abszolút biztosságot lehetetlennek tart! Láttuk, hogy a kutasz a középső kagyló mellső végén 2—3 cm.-nyire is előtolható a nélkül, hogy az a homloküregbe jutott volna. *Engelmann* egy esetében a sonda mellső végének surlódását érezte a homlokra tett ujj és a canulón át végzett fecskendéskor a homlokra tett füllel hallotta a locsesanó zörejt. Egyes betegek meg tudják jelölni a sonda végének helyét. A Röntgenkép az, mely a homloküreg tágassága felől sagittalis átmérőben tájékoztat és egyszersmind feltünteti a sonda helyzetét. *Scheier, Glatzel* meggyőződtek a Röntgen képen, hogy a homloküregben vélt sonda a mellső rostasejtbe jutott.

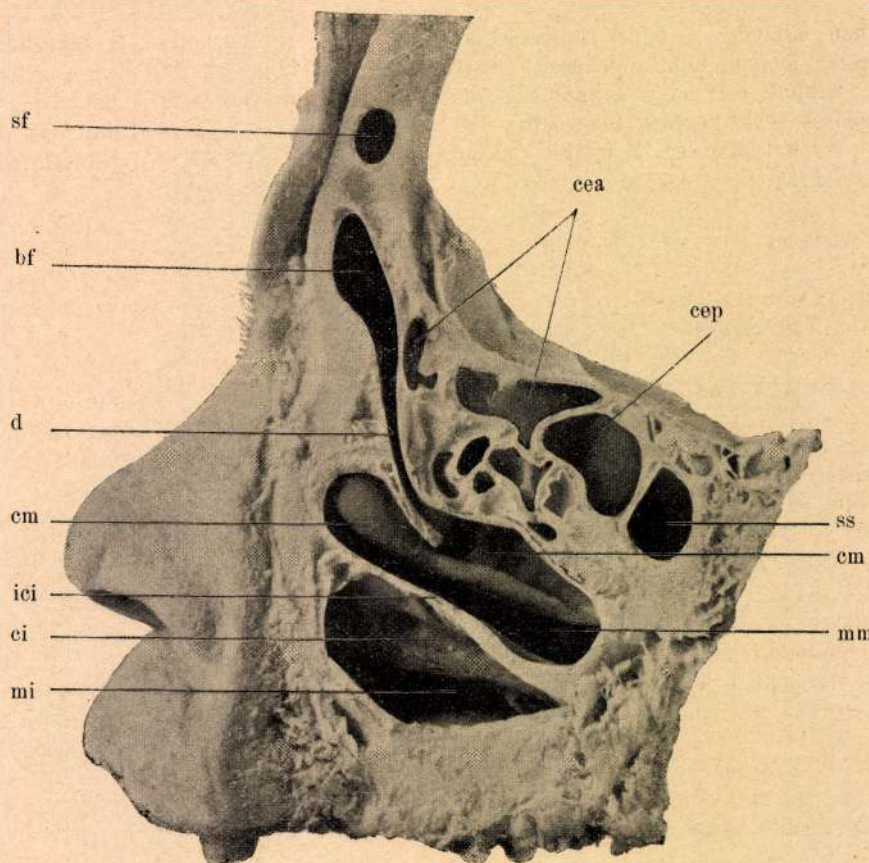
(Folytatása következik.)

A napfürdőknek a szervezet némely functiojára gyakorolt hatása.

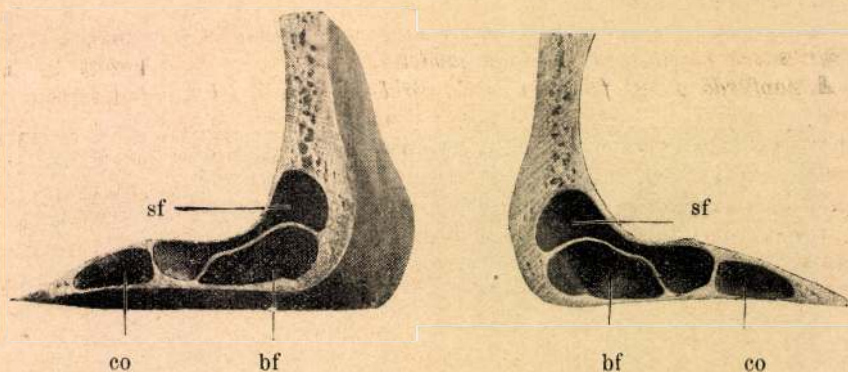
Irta: *Lenkei Vilmos Dani* dr., fürdőorvos
B.-Almádiban.

(Vége.)

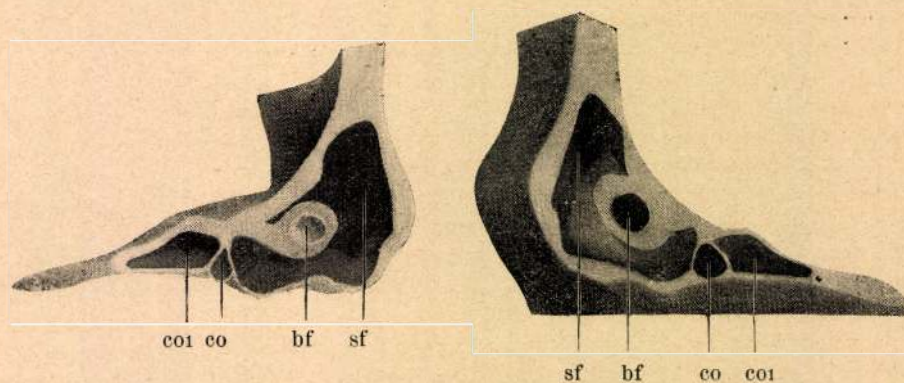
A napfürdők alatt beálló vörös vérsejt szaporodáshoz kétségtelenül nagy részben hozzájárul az, hogy a vér a bő elpárolgás és izzadás következtében besűrűsödik. De ez nem lehet az egyedüli ok, mert akkor ennek a napfürdő után pár órával — miután a vér a szövetnedvek által és a napfürdő után mutatkozó nagyfokú szomjúság kielégítése folytán ismét felhigul — el kellene tűnnie, a mi nem következett be. És ha csak a vér besűrűsödése okozná a fehér és vörös vérsejtek szaporodását, akkor ezeknek mindig egymáshoz arányosan kellene szaporodniuk, a mi szintén nem történt, mert a vörösek rendszeren nagyobb mérvben szaporodtak. Ezért mint a vörös vérsejtek szaporodásának másik okát talán azt is fel kell venni, a mivel W. a hideg alkalmazások után bekövetkező vörös vérsejtszaporodást magyarázza, t. i., hogy a napfürdőnél oly vérsejtek kerülnek a véráramba, a melyek gyengébb vérkeringés



10. ábra. Sagittális metszet. sf homloküreg, bf bulla frontalis, d kivezető járat, cea mellső rostasejt, cep hátsó rostasejt, ss iköböl, cm középső kagyló oldalsó felülete, ci alsó kagyló, ici alsó kagyló tapadó vonala, mi alsó orrjárat.



11. ábra. Sagittális metszet. sf homloküreg, bf bulla frontalis, co orbitalis sejt.



12. ábra. Sagittális metszet. sf homloküreg, bf bulla frontalis, co orbitalis sejt, coi második orbitális sejt.

mellett valahol stagnálnak; mert a mint említettem, a napfürdő alatt is látjuk a napsütötte helyeken a vérkeringés fluxioját.

De ezen magyarázat sem meríti ki a napfürdőnél a szaporodást előidéző okokat, mert ez sem világosít fel a felől, hogy miért fokozódik a szaporodás a napfürdőt követő órákban és miért marad a vörös vérsejtek megszáporodott mennyisége nagy

részben állandó s miért szaporodnak meg a vörös vérsejtek aránylag jobban, mint a fehérek? Azért mint harmadik okot fel kell vennünk azt, hogy a napfürdő által a vörös vérsejtek újjá-képződése is lényegesen fokozódik.

Az a különbség, a mely a másnemű meleg alkalmazások és a napfürdők által okozott hatásokban, különösen a vérkeringés és a vörös vérsejtek mennyiségének megváltozásában mutatkozik, kétségtelenül teszi, hogy a napfürdőnél nemcsak a hősugarak, hanem a fénysugarak is gyakorolják a hatást. A napfürdőt tehát más meleg alkalmazás nem helyettesítheti, még a hideg ingerek után fellépő változások is másfélék, mint a napfürdők után mutatkozók. Talán még a villamos fényfürdőknek lehetne a napfürdők-höz hasonló hatása, ha azokat nem izzó, hanem ívlámpákkal látnák el. Mert a használatban levő villamos fényfürdőszekrényben alkalmazott izzólámpák erős hőhatásuk által bő izzadást eredményeznek ugyan, de fényhatásuk nem lehet olyan mint a napfürdőké. A Hefner-féle amylacetat-lámpát véve egységül: az elektromos izzófény egy 16 gyertyafényű lámpája 10 optikai és 86·6 chemiai fényegységgel egyenlő (1 meter távolságban), a nap pedig 70,000 optikai és 450,000 chemiai fényegységgel bír. Ha tehát a villamos fényfürdő izzólámpáival ugyanazon fényhatásokat akar-nánk elérni mint a napfényvel, (az értékeket $\frac{1}{3}$ meter távol-ságra átszámítva) 49,000 izzólámpát kellene a villamos fényfürdő-szekrényben elhelyezni.

Az kétségtelen, hogy a napfürdő alatt mutatózó változá-sokra a nap fényének igen jelentékeny befolyást kell gyakorolnia, mert a fényhatásoknak bizonyos irányban (pl. a vörös vérsejt szaporodásnál) még a hőnek ellentétes hatását is le kell küz-deníteni.

Ha a napfürdők alatt és után mutatózó változásokat össze-gezzük, azt látjuk, hogy a napfürdő már magában, utána követ-kező hideg alkalmazások nélkül is, ha helyes mértékben alkal-mazzuk:

1. a szervezetre legfeljebb az első napfürdők után hatott lankasztólag, később — soknál már az első után is — valamennyi esetben jelfrissítően hatott és a közérzést javította.

2. A napfürdő a test felületén activ vérbőséget hozott létre, főleg azon helyeken, a melyek a napsugaraknak ki voltak téve. Ezen hyperaemia létrejöttét egyes helyeken megakadályozhattuk, sőt anaemiát is hozhattunk létre, ha valamely helyet száraz vagy nedves ruhával betakartunk. A vér ezen fluxióját a napfürdő után egyes testrészek erősebb vagy gyengébb lehűtése által még lénye-gesen fokozhattuk. A helyenként, vagy a test egész felszínén fel-lépő vérbőség soká (1/4—2 órán át) eltartott.

3. Az érelkések száma a napfürdő alatt csekély mértékben szaporodott. A pulsus minősége nem igen változott, legfeljebb kissé teltebb lett. (31 eset.)

4. A test hőmérséke a napfürdőben mindig emelkedett. Az emel-kedés átlag 1° C. volt. A hőemelkedés a legtöbb esetben a nap-sütés intenzitásával arányos volt és a szabad süttetés alatt ki-fejezettebben mutatkozott, mint a bepólyázott süttetés alatt. (25 eset.)

5. A testsúly a napfürdő alatt minden esetben fogyott. A szabad süttetés alatt a súlyvesztés átlag 287 gm.-ot, a süttetés alatt bepólyázott testtel átlag 238 gm.-ot, az egész napfürdő alatt átlag fél kilogrammot tett ki. A súlyvesztés is kifejezetteb-ben mutatkozott a szabad süttetés, mint a bepólyázott süttetés alatt. Az előbbinél a fogyás az összes testsúlynak átlag $\frac{1}{20}$ -át, a szabad süttetés + bepólyázott süttetés alatt pedig $\frac{3}{10}$ -át tette ki. (55 eset.)

Végeredményben az elhízottak lényeges súlyvesztést szen-vedtek, mely részben állandó maradt, míg a soványak a vesztést egyik napfürdőtől a másikig pótolták, sőt néhány esetben még némi állandó gyarapodást is mutattak.

A súlyvesztést nemcsak a bő elpárolgás és izzadás okoz-hatta, hanem épen mert állandóan megmaradó fogyást is mutat-tak, ehhez kétségtelenül az anyagcsere fokozódása is hozzájárult. A soványakat valószínűleg a javuló étvágy és a fokozódott emésztőképesség óvta meg az állandó fogyástól. A vérnek az izzadással és elpárolgással járó besűrűsödése mindenesetre bizonyos idővel a napfürdő után ismét elmúlik, de addig is, míg az még fennáll: megváltoztatja az edények és a szövetek között az osmo-tikus nyomást, a minek következtében erős nedváramlásnak kell

a szövetekből és a bélesatornából az edények felé megindulnia. Ez a nedváramlás az, a mely a vért ismét a rendes mértékig felhigítja, s ez mindenesetre elősegíti az izzadmányok és transsu-datumok felszívódását és valószínűleg a tápnedvek felvételét a bélesatornából is lényegesen fokozza.

6. A napfürdő alatt — függetlenül attól, követte-e azt hideg alkalmazás vagy nem — (egy-két esetet kivéve, a melynél a napfürdő a felhőzet miatt rosszul sikerült) a vérsejtek jelen-tékenyen megsaporodtak. A vörös vérsejtek a legtöbb esetben vala-mivel jobban szaporodtak, mint a fehérek. (21 eset.)

A vérsejtek szaporodása már közvetlenül a szabad süttetés és a bepólyázott süttetés végén mutatkozott és a napfürdőt követő fürdés az eredményen már nem változtatott.

A vörös vérsejtek szaporodása a napfürdő utáni órákban még fokozódott.

A vörös vérsejtek szaporodása a legtöbb esetben a napfény intenzitásával arányos volt.

A megsaporodott vörös vérsejtek a napfürdő után hosszabb idő múlva ismét megfogytak ugyan, de számuk már nem esett vissza a napfürdő előtti eredeti mennyiségre, hanem bizonyos mértékben állandóan megsaporodva maradtak.

A vörös és fehér vérsejtek szaporodása a test felületének bármely részéből vett vércseppben mutatkozott, sőt még a portio-ból, tehát a test belsejéből vett vérben is fellépett. A vörös vér-sejtek szaporodása tehát általános volt az egész szervezetben.

A napfürdő által okozott vérsejtszaporodásra sem az életkor, sem a nem vagy a betegség nem bírt kimutatható csökkentő vagy fokozó hatással.

A vörös vérsejtek szaporodásának valószínűleg három oka van: 1. az, hogy a vér a napfürdő következtében besűrűsödik, 2., hogy a vérkeringés élénkülésével bizonyos szervekben stagnáló vér-sejtek a véráramba sodortatnak és 3., hogy rohamosabban képződ-nek új vörös vérsejtek.

A vérsejtszámlálásnál talált szaporodás nem lehet véletlen hibák eredménye, mert elég számos esetben consequensen mutatkozott és mert a szaporodás mennyisége a vérsejtszámlálásnál feltételezett hibáknál jóval nagyobb volt.

7. Moleschott, Fubini, Beclard, Young és mások állatkísér-letek által már bebizonyították, hogy a fény a szervezetben az anyagforgalmat fokozza; azt, hogy minő biológiai functiók útján történik az anyagcsere emelkedése — legalább a napfürdők-re vonatkozólag —, megmagyarázzák a napfürdők alatt és után be-álló változások: nevezetesen az, hogy a nedváramlás meg a vér-keringés élénkebb lesz, hogy a vörös vérsejtek mennyisége lényegesen megsaporodik, és hogy a test hőmérséke emelkedik, a mi a vegyi folyamatok reactio-sebességét fokozza.

8. Az a különbség, a mely a napfürdő hatása és a hideg és főleg a meleg alkalmazások hatása között mutatkozik, azt mu-tatja, hogy a napfürdőben főleg a nap fénysugarai az okai a változásoknak.

* * *

A napfürdőknek ezen hatásai, a melyeket a szervezet bio-logiai működésében okoznak, kétségtelenül a gyógyításnál is érté-kesíthetők. Bár hatásuk sok tekintetben a hideg alkalmazásokéhoz hasonló, mégsem teljesen azonosak azokéval. És ha a napfürdők-nek csak azon hatásait tekintenénk is, a melyek a hideg vagy meleg alkalmazásokéhoz hasonlóak, akkor is sok esetben előnyben kellene részesíteni a napfürdőt, különösen az olyanoknál, a kik a meleget jól tűrik, a hideg alkalmazásokat pedig nem. Annnyival inkább kell ezt sok más esetben tennünk, mert a napfürdő a hideg és a meleg hatások előnyeit magában egyesíti, sőt azokat még sok tekintetben felül is mulja.

Jó eredményt várhatunk a napfürdőtől mindazon esetekben, a melyekben a fentemlített változások kívánatosak. Tehát mind-azoknál, kiknél a vérkeringést élénkíteni, a vörös vérsejtek meny-nységét szaporítani, a kiknél az anyagcsere emelni, vagy a kiknél ex- vagy transsudatumok kiválasztását fokozni akarjuk.

Hogy a napfürdőkkel ilyen és más esetekben tényleg jó hatásokat érhetünk el, azt elegendő számú pontosan megfigyelt esettel még nem bizonyíthatom. Különben is ezen tanulmányunk nem az volt a célja, hogy casuistikus adatokkal szolgáljak. Első

sorban csak az volt a célom, hogy olyan adatokkal szolgáljak, amelyek alkalmasak arra, hogy belőlük kiindulva először is a napfűrdőnek élettani hatásaival ismerkedjünk meg. Ha mások az általam talált eredményeket megerősítik — vagy ha némileg rektifikálni fogják is —, ha a megfigyeléseket más élettani funkciókra is kiterjesztjük: idővel biztos alapot fogunk nyerni arra, hogy az intensív általános fényhatásokból a terápiára is következtetéseket vonjunk. Ha mások esetleg az általam talált eredményektől eltérő adatokat is fognak találni nyerni: azt hiszem, hogy azok csak abban fognak ezeztől különbözni, hogy az általam ismertett változásokat még nagyobb fokban fogják kifejezve találni, mert az időjárás az én vizsgálataim idejében átlag a rendesnél kedvezőtlenebb volt.

Tárca.

Orvosok és orvosi tudomány az ókorban.¹

Az elméleti orvostan keletkezését jóval megelőzte a gyakorlati orvoslásnak fejlődése. Már az ókorban ugyanis, midőn még senki sem kutatta az emberi test szerkezetét és a betegségek lényegét, mindenütt és mindig fennállott a törekvés a betegek szenvedéseinek enyhítésére és az egészség visszaszerzésére. Az emberek már az évezredek hosszú sorára terjedő történelem előtti korszakban is az időjárás viszonyaitól folytán és a nomád életmód mellett sokszor jelentkező élelemhiány miatt, továbbá az embertársaikkal meg a vad állatokkal vívott harcuk közben gyakran megbetegedtek és ilyenkor a fájdalomtól és félelemtől sarkalva társaikhoz fordultak segítségért. Az ősemlékben, a kinek tapasztalnia kellett, hogy minden élőlény előbb-utóbb meghal, vagyis hogy az élet szakadatlan és végeredményében sikertelen harc a halál ellen, az a gyógyításra irányuló ösztön is megnyilatkozhatott, a melyet naponként látunk az állatvilágban, midőn pl. a megsérült állatok fájó sebeiket nyelvükkel nyaldossák, dermedt tagjaikat a napon melegengetik, vagy az őket kínzó láz ellen hűvös forrásvízben keresnek enyhülést. Tényleg talán az állatok megfigyelése vezethette az embereket egyes ősrégi gyógyító módok feltalálására. Így pl. Plinius szerint (naturalis historia, 8. 40. és 41.) az egyiptomiak a kristályt az ibisz madártól, az érvágást pedig a vizilótól tanulták, a mennyiben az ibisz hosszú csőre segítségével szokta kiöblíteni a végelét, a viziló pedig, ha túlsokat evett, hegyes nádszállal szándékosan felsebzi egyik czombjának valamely visszerét és miután a vérszerzés folytán a roszultté megszűnt, sebet a vérzés megszüntetése végett iszáppal tapasztja be.

Hogy milyen lehetett kezdetben az orvoslás, azt a művelődés legalacsonyabb fokán álló ú. n. vad népeknél jelenleg is észlelhetjük. A műveletlen népek minden általuk meg nem érthető természeti tünetet, így a legtöbb betegséget is valamely emberfeletti hatalomnak tulajdonítottak. Ebből a felfogásból kiindulva az egészség megővését és a betegségek meggyógyulását első sorban az által válték elérhetőnek, hogy az egészséget adó és a betegségeket okozó istenségeknek, jó vagy gonosz szellemeknek kegyét könyörgésekkel, hízélgéssel, megértéssel ajándékozzák, az ú. n. áldozatokkal megnyerni és biztosítani, a betegségek keletkezésében nyilvánuló haragjukat pedig ugyanezen eszközökkel kiengesztelni törekedtek. Gyakran a betegségeket önálló lényeknek, nevezetesen valamely gonosz szellemnek, daemonnak, ördögnek képelték, a mely a beteg testébe hatolt és ott megfészkelte magát; ilyenkor ezt a beteg testéből kérésekkel, fenyegetésekkel, különböző csöfölgésekkel vagy pedig erőszakkal iparkodtak kiűzni. Később az emberek azokat az istenségeket, a kikhez az egészség visszanyeréseért intézett fohászok a leggyakrabban látszottak sikereseknek, az orvoslás különleges istenei gyanánt tisztelték és ezeket többnyire jótékony természeti erők, pl. a nap, a hold, a tűz, a tenger vagy ezeknek személyesítői alakjában imádták, sokszor pedig oly elhalt orvosokból, a kik kiváló gyógyító képességükkel tűntek ki, alkottak képzeletükben gyógyító isteneket.

Az ősnépek az orvosi ismereteket is isteni eredetűeknek tartották és az isteni akarat közvetítőinek a papokat tekintették. A papok hatalmuk és gazdagságuk növelése céljából rendszeresen üzték azután a betegek gyógyítását, és hogy az emberek képzeletére jobban hassanak, feltűnő ruházatot hordtak és a szokásostól eltérő, rejtélyes módon viselkedtek. A míg a gyógyítást a papok és a varázslók gyakorolták, addig az orvoslás legfőbb eszközei a különböző vallások szertartásai, imák, bűjtölések, szelleműzések és amulettek maradtak. Ez a *theurgikus és mystikus orvostan*, a civilizálatlan népeknél jelenleg is uralkodik, sőt ennek nyomait a művelt államokban is gyakran találkoznak még a szent képek, szent szobrok és bűcsújáráshelyek stb. gyógyító erejébe vetett hit alakjában. Minthogy azonban sok megbetegedésnél, így főleg a külső erőszak által okozott sérüléseknél, az előidéző ok annyira szembetűnő, hogy ezt az okot a műveletlen ember is könnyen felismerheti, ennél fogva ily esetekre vonatkozólag már az ősemlék is megfigyelés és próbálgatás útján hasznos ismereteket tett szert. Ily módon a theurgikus-mystikus orvoslással párhuzamosan mindenütt az orvoslásnak egy durva empirizmuson alapuló alakja is kezdett kifejlődni. Erre

nemcsak analogia útján lehet következtetni a vad népeknél mostanában is divó egészen helyes és célszerű gyógyító módokból, hanem erre közvetlen bizonyítékaink is vannak, a mennyiben az őskorból fennmaradt emberi esontokon sokszor láthatók egészen jól meggyógyult törések.

A gyógyítással foglalkozó papi osztály a hosszú időn át folytatott megfigyelések útján nyert empirikus orvosi ismereteket többnyire különböző szent könyvekbe foglalta egybe, a melyeknek tartalmát a profán nép előtt titkolni szokták. Egyes böles vallásalkotók azonban a nép által követendő vallások törvények közé a tisztaságra és mértékletességre vonatkozó, helyes szabályokat is felvették és ekként üdvös hatást gyakoroltak az emberiség egészségi állapotára. A művelődés haladásával később az orvoslás művészete megszűnt a papok kizárólagos monopoliuma lenni, mert mások, még pedig első sorban a természetbölcselek is kezdtek a művelésével foglalkozni. Ettől az időtől fogva az orvosi kutatás eredményei nem maradtak többé titokban, hanem az emberiség közös kincsévé váltak és önálló orvosi rend is fejlődött, a mely élethivatásul tűzte ki a betegeknek tudományos alapon való gyógyítását. A jelzett módon lényegileg egyformán történt az orvostan fejlődése minden népénél; ennek a fejlődésnek a menetét az ókor legnevezetesebb culturnemzeteinél óhajtom legalább vázlatosan az alábbi rövid áttekintésben ismertetni.

I. A keleti népeknél.

a) A *chinaiaknál*, a kik már évezredek előtt, midőn Európában a culturának még nyoma sem volt, a művelődésnek meglehetősen magas fokát érték el, a theurgikus és mystikus orvoslás mellett a tudományos színezetű orvostan és az orvosi rend fejlődése is nagyon korán kezdődött. A chinai mythus szerint az orvostant *Shin-nong* császár alapította körülbelül huszonnyolcz évszázaddal Kr. e. Két évszázaddal később *Huangti* császár irt egy jeles orvosi művet, a melynek egyes részeit állítólag még ma is megvaunak. A *Choo-dynastia* uralkodása alatt (a XII—III. században Kr. e.) már jelentékeny orvosi szakirodalom fejlődött. A Kr. e. III. században *Hen jaku* irt nagy becsben tartott orvosi műveket, nevezetesen *Ling-chu* című alatt a belső bántalmakról, továbbá *Nan-king* című alatt az életveszélyes betegségekről. A keleti *Huang-dynastia* uralkodásának idejébe (25—221. Kr. u.) esik a legkiválóbb chinai orvosiró *Cho-Chiu-Kei* működése, a ki körülbelül 200 évvel Kr. után élt; fennmaradt művei közül a legfőbbek a *Shang-han-lun* (japánul *Sho-kan-lun*), a mely a lázas betegségekről szól, továbbá *Kin-kei* (japánul *Kin-ki*) = arany szekrény, a mely a láztalan lefolyású bántalmakat tárgyalja. Ezen művekben az ókori chinai orvostan fejlődésének tetőfokát érte el, a későbbi orvosi irodalom már csak a régi orvosirók műveinek magyarázatásából és kivonatolásából állott. Miután Chinában vallások okoknál fogva emberi hullák boncolása nem történhetett meg, azért anatómiai ismereteik igen hiányosak és tévesek maradtak. A chinai orvostan szerint az embert, épen úgy mint az egész világot, öt elem alkotja, úgy mint: a föld, a fa, az érc, a tűz és a víz. Az egész világegyetemet és így az emberi szervezetet is két főerő, a him és a női erő kormányozza. Az öt elem és az ezeket szabályozó két főerő egyensúlya az egészséget eredményezi, míg egyensúlyuknak megzavarása betegséget idéz elő. Az ütérőkés észlelésére a chinai orvosok oly nagy súlyt fektettek, hogy ezt a testnek tizenegy különböző helyén figyelték meg és a kórisme megállapítását első sorban a pulsus tulajdonságaira alapították, de az ütérőkésen kívül a betegnek nyelvét, száját, orrát, szemét, füleit, vizeletét és székletét is vizsgálgatták.

A gyógyszerterén a chinaiak már az ókorban sok ismerettel bírtak; az állat-, növény- meg ásványvilágból egyaránt számos anyagot használtak fel a gyógyítás céljaira, ezenkívül előszeretettel alkalmazták a masszaget és a gyógygymnastikát is. Nagybeesű gyógyszernek, valóságos panaceának tartották a *Nindjin-t* vagy *Ninsi-t*, mely a borostyánfélékhez tartozó és Korea félszigeten otthonos *Panax Ginseng* nevű cserjének gyökeréből kiszivárgó mézga. Ezt a gyógyszert a hollandiaiak a XIX. század elején Európába is elhozták, de a csodás gyógyító hatására vonatkozó hírek meséknek bizonyultak, mert kiderült, hogy mindössze mérsékelt tonikus és excitans hatású szer; Európában leginkább az opoponax nevű illatszer készítésére használják. Nagyon korán vált uralkodóvá Chinában a szakorvosi rendszer és az orvosokat szigorú büntetésekkel sújtották, ha betegek gyógykezelésében nem szorosan a régi orvosi tekintélyek műveiben foglalt utasítások szerint jártak el. A chinaiakat egyáltalában jellemző ezen rideg conservativismus minden idegen befolyás érvényesülését kizárta és lehetlenné tett minden nevezetesebb haladást, úgy hogy a chinai orvostan mintegy megkövesedett ókori állapotában.

Tihanyi Mór dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A Basedow-kór gyógyítása.

Irta: Kollarits Jenő dr., az idegklinika tanársegéde.

(Vége.)

Az 1903. augusztus havában Bruxellesben tartott francia elme- és ideggyógyászok congressusán *Hallion* és *Carrion*⁸⁰ értekeztek ezen kérdésről. E szerzők *Ballet* és *Enriquez* fent említett kísérleteiből indulnak ki és eljárásukat *Ballet* és *Enriquez* módszerének nevezik; pajzs-

¹ Előadatott a magyar orvosok és természetvizsgálók 1903-dik évi kolozsvári XXXII. vándorgyűlésén. Mutatvány szerzőnek a most megjelenő „Ókori Lexikon”-ba irt orvostörténelmi cikkeiből.

mirigyüktől megfosztott bárányok vérét glycerinnel keverték és így jól eltartható készítményt kaptak, melyet myxème-nek neveznek, e szóval jelölve, hogy myxoedemát állatok vérében használták fel. Az eredményről, melyet elértek, nem sokat mondanak. Érdekes *Ballet* és *Enriquez* hozzászólása. E szerzők kísérleteiket abban hagyták, mert két esetben tetanus és rángógörösök követték a befeeszkendéseket, azonkívül az állatok ellátása nem sikerült jól. *Ballet* és *Enriquez* tehát 1895-ben „bátorító” eredményeket kaptak, 1903-ban pedig tovább bátorítanak újabb kísérletekre. Ez úgy hisszük a legkedvezőtlenebb kritika, a mit valamely eljárásra mondani lehet. Mert ha az igazán hatásos volna, 8 évvel az első biztató kísérletek után nem kellene további kísérletekre buzdítani.

Egyéb belső szerek. A belső szerek közül a vas, arsen és brom állanak előtérben. *Möbius* a vasat csak chlorosissal együtt járó esetekben adja, a bromot és arsenet minden szerző dicséri. A Basedow-kór egyes tünetei közül főleg a szívdobogást igyekeznek csökkenteni, a legtöbben azt találták, hogy a digitalis, strophantus, convallaria majalis hatástalanok és így még mindig fontos feladat volna megbízható szert találni a tachycardia ellen.

A Basedow-kór belső kezelése tekintetében letárgyalva van a pajzsmirigyetetés, valamint a thymusetetés hasznavehetetlensége és így nem is kell már az e kérdéssel foglalkozó munkákat felsorolni. Nagy részük 1898-ban megjelent dolgozatomban ismertetve van, melyben magam is a pajzsmirigyetetés hatástalanságáról referáltam. Ugyanez áll az ovarium- és mellékvesetetésre is.

A többi belső szerek közül felemlítjük a következőket: *Soulier*⁸⁹ két esetben a chinin hatását dicséri, *Debove*⁹⁰ 91 egy esetben jód-oldatot alkalmazott bőr alá fecskendezve, de hozzáteszi, hogy ez a kezelés nem általánosítható. *Ostano*⁹² chininum hydrobromatumot, *Darkehevitich*⁹³ strophantust és hydrotherapiát ajánl, *Oroussloff*⁹⁴ a digitalissal befolyást tudott gyakorolni a szívre, a mi az általános tapasztalattal ellenkezik, *Motschautkowski*⁹⁵ vasat és arsenet ad, mely szerek kétségtelenül hasznosak.

*Chibret*⁹⁶ salicyltól látott jó eredményt. E tapasztalatot *Babinski*⁹⁷ megerősítette, a mennyiben hosszabb időn át adva 3–4 gm. salicylt egyenlőhöz addig folyton rosszabbodó esetben, a baj lassú javulását észlelte. Jónak látszik a *Trachevski* szere: 2–10 gm. phosphorsavas natrium, *Kocher* és *Möbius* is dicséri hatását.

Villamozás.

Benedikt a galván-áramot kezdte használni a Basedow-kórban. Meglehetősen elterjedt és még ma is használatos azon eljárás, melyet *Chrostek* ajánlott. E szerző naponként galvánozza a sympathicust, a gerincezvelőt, és végül a két proc. mastoideusra teszi az elektrodákat.

*Vigouroux*⁹⁸ a baj lényegét a pajzsmirigy ereinek kitágulásában látja és azt hiszi, hogy segít ezen azzal, ha a két carotist és a pajzsmirigy ereit mindennap farados árammal villamozza, 20 évi tapasztalatra hivatkozik e kezelés hatásos voltának megerősítésére. Minden operációt ezért feleslegesnek tart. *G. R. Murray*¹⁰⁰ is meg van elégedve eredményeivel, ő naponta egy óra hosszat engedi a farados áramot a pajzsmirigyre hatni. *Bonardi*¹⁰¹ is jól meggyógyítja a Basedow-kórt farados árammal.

*V. Durand*¹⁰² 100–200 cm² szívacelektroddal 60 M. A. erős áramot naponként bocsát a pajzsmirigyre. Az eredmény nagyon jó. *Lamari*¹⁰⁴ a galván-áram híve. *F. Allard*¹⁰³ „a traitement mixte” barátja, azt hiszi, hogy az erős galván-áram ép olyan befolyást gyakorol a nyaki sympathicusra, mint az ideg elongatioja. A galvánozásra 30–40 M.-A. erős áramot használ, a mellett a carotist, a szív tájékát és az eldülledő szemet faradozza. *Libotte*¹⁰⁵ *Thiélée*¹⁰⁶ magas frequentiajú áramokkal betegeknek 1/3 részét meggyógyították, *Regnier*¹⁰⁷ hat esetben az állandó voltaizálással aratott sikert. *Tchige*¹⁰⁸ *Popoff*¹⁰⁹ a galvánozás híve. *M. Mally*¹¹⁰ különválaszt olyan eseteket, melyekben faradozni és külön olyanokat, melyekben galvánozni és olyanokat, melyekben statikus áramot kell használni. Statikus villamozás azon esetekre való, a mikor a beteg anyagszerű meg van lassúbbodva, az ellenkező esetekben inkább káros szerinte az eljárás, de hogy miképpen állapítja meg azt, hogy mikor lassúbbodott az anyagsere, azt sajnos nem árulja el. A faradozással a carotisdilatációt, a pajzsmirigy-túltengést, az exophthalmust, paresist és tachycardiát befolyásolja, a galván-áram ellenben csak egyes esetekben használ. Megjegyzni még, hogy a betegek jól tűrik a faradozást.

Nagyon helyesen jegyzi meg erre *Möbius*, hogy a francziák kitűnő eredményeivel ellentétben a németek hiába bajlódnak ugyanazon módszerekkel és mégsem aratnak sikert. A villamos kezelés csak pszichikai befolyást gyakorolhat.

Hydrotherapia.

Mindenki, a ki Basedow-kóros beteget kezel, tudja, hogy bármely enyhe hatású hydrotherapiás eljárás jó szolgálatot tesz. *Winter-nitz*¹¹¹ 90 betege közül 89 javult lényegesen hidegvíz kezelésre. A hydrotherapiában is vannak különféle eljárások, melyeket különféle szerzők más eljárások fölé helyeznek, mindegyik a maga találmányát találva jobbnak a másénál, ezen aprólékos eljárásmodok részleteire kiterjeszkedni igazán nem érdemes. *Wertheimer*¹¹² *Buxbaum*¹¹³ *Heinrich*¹¹⁴ közöltek idevágó részleteket. Álljon itt példa gyanánt *Heller*¹¹⁵ eljárása. E szerző 15–17 C^o-os vízbe mártott lepedőt kiterít, annak közepére 40 cm. hosszú, 20 cm. széles kaucukcsövet tesz, melyben 38–40 fokos víz van. A beteg úgy fekszik le, hogy e cső a hátára jön, azután a lepedőbe pakolják. Így marad egy óráig, azután 24–22^o C. félfürdő következik. Ez eljárás az egészséges ember érverését lassítja, mialatt

az érverésgörbe magasabb lesz. A circulatio hasonló javítása *Heller* szerint a mérgeket a szervezetből kiküszöböli.

Egyéb kezelésmódok.

A *Stiller*¹¹⁶ munkája óta elterjedt magaslati helyeken való tartózkodás jó hatását sokan dicsérik, különösen vérkeringési zavarok ellen. Tátra-füredről *Szontágh* közölt azóta jó eredményeket. A szénsavas fürdőket és vasvizet Spaa-ban dicséri *Wybaum*¹¹⁷ spai orvos. Az éjszaki tengeren való tartózkodás *Möbius* szerint néha károsnak bizonyult. A nyugalomnak és szabályozott életrendnek jó hatása mindig nyilvánvaló.

* * *

Ha annak, a mit a Basedow-kór terapiájáról írtak, csak kis töredékét vennők is komolyan, azt kellene feltételeznünk, hogy a Basedow-kórt igen könnyű meggyógyítani. Minden eljárás ismertetője nagy számú statistikát közöl gyógyult és javult eseteiről. Ha a dicsért belső szerek kitűnőségét nem is ismerhetjük el, a mondottakból mégis levonhatjuk azon tanulságot, hogy a Basedow-kóros betegen pajzsmirigy-eltávolítást, sympathicus átmetszést ne végezzünk, mert ez eljárások veszedelmesek. Enyhe hydrotherapia, nyugalom, az életrend szabályozása, magas helyeken való tartózkodás (Tátrafüred), suggestio, a gyógyszerek közül főleg brom és arsen megmaradnak a gyakorlatban továbbra is, a többi szerek legnagyobb része csak eredménytelen kísérletezésre vezet. A Basedow-kór orvossága még nincs feltalálva.

Könyvismertetés.

Handbuch der Urologie, herausgegeben von Dr. Anton v. Frisch, a. ö. Professor der Chirurgie und Dr. Otto Zuckerkandl, Privatdocent für Chirurgie an der Wiener Universität. Wien, 1903. Alfred Hölder.

Németországban és Ausztriában is az urologia mindinkább önálló disciplinává fejlődött s — a börgyógyásztól elválván — az öt megillető helyet foglalja el, mely leginkább a sebészettel és a belgyógyászattal határos. Nemrég ismertettük e lap hasábjain a német nyelven megjelent első urológiai tankönyvet, mint az új irány úttörőjét. Az urologia fejlettségének sokkal inkább latba eső bizonyítéka azonban a fenti mű megjelenése, mely, mint a munkatársak névsora mutatja, leginkább a szak bécsi képviselőinek tollából ered, kik — főleg a gyakorlat emberei — legnagyobb részt már terjedelmesebb monographiák szerzői. Így Frisch, O. Zuckerkandl és Frankl-Hochwart, kik a Nothnagel-féle „Specielle Pathologie und Therapie“-ban a prostata, a hólyag localis és a hólyag ideges bántalmairól írtak, fenti munkában is ezen fejezetek megírását vállalták. Frisch azonkívül ír még a húgyszervek vizsgáló eszközeiről, Zuckerkandl az aseptisről az urologiában és az általános tünettanról, R. Kraus, a ki Zuckerkandl-lal együtt a Guyon-féle könyvet lefordította, a húgyutak bakteriológiáját tárgyalja, az anatómiai bevezető részt E. Zuckerkandl, a bécsi boncztanár írja, a vizelet elválasztás physiologiáját Koeppe, a nemzőszervek életműködését Exner tanár; a vizeletvizsgálatról J. Mauthner, a vese és vesemedence belgyógyászati bántalmairól Mannaberg, a sebészi bántalmakról Wagner ír. A húgyvese sebészi bántalmait Burkhardt tárgyalja, ki már az Oberländer-Zuelzer-féle gyűjtőmunkában is szerepel, a penis és urethra veneraeis betegségeit M. v. Zeissl, a penis, a here és börtékainak affectionit Winiwarer, Billroth volt assistense és végül a férfi ivarműködés zavarait Finger Ernő tanár írja meg.

Az eddig megjelent 2 füzet tartalmazza E. Zuckerkandl tollából a boncztani bevezetést, mely a 107 szerzőre kiterjedő irodalomjegyzékkel együtt mintegy 120 oldalra terjed s a húgy- és ondoelválasztó és kivetető szervek makro- és mikroskopiáját és ezek boncztani és sebészeti topographiáját a mű keretéhez mértén egységesen és alaposan tárgyalja. A fejlődéstan jegyzetek csupán a szükséges tudnivalókra szorítkoznak.

A húgyelválasztás physiologiája című II. fejezetben Koeppe történelmi alapon sorra veszi a veseszejtek functioit tárgyaló mikroszkopiai munkákat, majd a Bowmann, Heidenhain és Ludwig-féle elméletekből kiindulva a hydrostatikus és osmotikus nyomás szerepét magyarázza, a methodikára és saját vizsgálataira is bőven kitérve (kryoskopia, villamos vezetékezőképesség). Majd Dreser és Ammann kutatásainak megbeszélése után saját vizsgálatai alapján oda concludál, hogy a hydrostatikus nyomás a vizeletelválasztásnál a főindító tényező, mely a vizeletmennyiséget szolgáltatja, míg az osmotikus energia által ezen filtratumnak oldott alkotórészekkel való telítése befolyásoltatik.

Fényesen van megírva a férfi nemzőszervek életműködését tárgyaló fejezet, mely Exner tanár tollát dicséri. Szép előadásban ismerteti a férfi nemzőigernék keletkezését, a férfiaság jellemző tulajdonságainak fejlődését, az ivaros szaporodást, majd a nemzőmirigyek működését, az erectio és cohabitatio physiologiáját. Előadása nemcsak kiterjedt irodalomismereten alapul, hanem azon szép vizsgálatok eredményein, melyek Exner vezetése alatt a fennforgó kérdések körül végeztek (heretransplantatio stb.).

A második füzetben meg van kezdve, de befejezést nem talált még a Mauthner tanár által írt 4-dik rész: a vizelet vegyi vizsgálata; aránylag szűk keretben a fontosabb methodusok alaposan előadnak, túlságos részletezés elmarad, ezekre nézve a nagy húgyvizsgálati, valamint az élet- és körvegytani kézikönyvek történeti utalás.

A mű kiállítása csinos, számos a szöveg közé nyomtatott ábra és a második füzet végén 2 színes tábla a kiadók áldozatkészségéről tanúskodik.

Picker Rezső dr.

Uj könyvek. *Rumpf*: Vorträge aus dem Gebiete der allgemeinen Therapie. I. Heft. Herz- und Kreislaufstörungen. G. Fischer, Jena. — *Heinz*: Handbuch der experimentellen Pathologie und Pharmakologie I. Band, I. Hälfte. Jena, G. Fischer. — *Seoboda*: Die Perioden des menschlichen Organismus in ihrer psychologischen und biologischen Bedeutung. Leipzig, F. Deuticke. — *Arrhenius*: Die Anwendung der physikalischen Chemie auf die Serumtherapie. Berlin, J. Springer. — *Morache*: Naissance et mort. Paris, F. Alcan. — *Maillard*: L'indoxyle urinaire et les couleurs qui en dérivent. Paris, Schleicher frères. — *Hallopeau et Apert*: Pathologie générale. 6. édition. Paris, Bailliére. — *Ostrowski*: Du traitement de la phthisie pulmonaire par le sérum antistreptococcique de Menzer. Paris, Steinheil.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A szőlő- és gyümölcszucker egyidejű fellépésének kérdéséhez. *Lion* egy fiatal emberről referál, kinek vizeletében úgy a Trommer, mint a Nylander-kémlel, valamint az erjesztési eljárás útján cukor volt kimutatható, a polarizált fényt azonban nem térítette el sem jobbra, sem balra. Per exclusionem dextrose és laevulose egyidejű kiválasztására lehetett következtetni, mindenesetre azonban biztos volt, hogy a jobbra forgató cukornem ezen hatása a polarizált fényre valami ellenkezőleg ható anyag jelenléte által meg van gátolva. Az illető betegen végzett kísérleteknél kiderült, hogy dextrose bekebelezése nála dextrosuriát, laevulose fogyasztása laevulosuriát váltott ki, hogy ezen utóbbi anyag ellen szervezete igen nagy mértékben intolerans volt és hogy mindkét cukorfaj egyidejű alkalmazása által a vizelet optikai inaktivitása volt elérhető. Ebből az világlik ki, hogy a polarizációs eljárás egymagában a cukor meghatározásánál nem megbízható és másrészt, hogy laevulose adagolása előtt, melynek fogyasztását diabetikusoknak rendszeren megengedhetőknek vélték, a szervezet magatartását ezen cukorfajjal szemben is kísérletileg meg kell állapítani. (Münch med. Wochenschrift, 1903. 26. szám.)

Picker Rezső.

Sebészet.

A gastropotosis sebészi gyógyításáról ír *Coste* törzsorvos Duret 1896-ban varrta fel először egy dyspepsiában és gastropotosisban szenvedő nő gyomrának kis curvaturáját a fali hashártyához. Rovsing a gyomor és hashártya peritoneumát bemetszve szélesebb alapon hozza létre az összetapadást. Mindkét eljárás jó eredményt ad. Azóta többen megkísérlették. Stengel a ligam. gastrophrenicumot és hepaticumot varrja rövidebbre néhány öltéssel. Előnye, hogy a gyomor teljesen szabadon mozoghat. Szerző két esetben végezte a műtétet. A gyomor alsó szélé 2 harántujnyira állott a symphysis felett, kis hajlat a köldök alatt. A kis hajlatot és a máj felső szélét mindkét ízben felvarrta a hasfali hashártyához ott, ahol a rekeszizomra hajlik át. Gyógyulás zavartalan, panaszok nem voltak.

Szerző ezután eseteit összehasonlítja az irodalomban talált esetekkel, majd a gastropotosis okait ismerteti, melyek között tárgyalja Stiller nézetét, ki a gyomor függesztő készülékének örökölt gyengeségében és az emésztő szervek idegközpontjainak gyengeségében keresi a baj okát, melynek asthenia universa congenita nevet adott. A tünetek közé tartozik még a X. repülő borda is. (Archiv für klinische Chirurgie, 71. kötet, 3. füzet.)

Remenár dr.

A bélszűkületekről közöl tanulmányt *Haasler* tanár. A bél lumenének megváltozásai közül kizárólag a szűkületek tartoznak a sebész hatáskörébe. Vannak temporaer és maradandó szűkületek. Feltehető, hogy bélresectio után a varrat helyének megfelelő szűkület mily hamar eltűnik, úgy hogy később alig ismerhető fel, vagy ha a lumen szűkült is, az semmi tünetet nem okoz. Épen ilyen a helyzet, mikor kizárt sérvnél a gangraenára gyanús belfal egy része felett összeöltjük a serosát. Rosszabbak a viszonyok bélbetüremkedésnél, ahol a gyógyulás eredménye hasonlít egy kevésbé jól alkalmazott bélvarrathoz. Typhus, dysenteria utáni fekélyek is temporaerak. Múlt folyamatonál a belek reparálódó képessége rendkívül messzemenő. Maradandó, nem gyógyuló szűkületeket okoz a carcinoma, tuberculosis és lues. A szűkületek nagy fokúak, magoktól még akkor sem szűnnek meg, ha az alapbántalom már elmúlt, pl. gyógyult tuberculosisnál. Sőt még relative jobb indulatú alapbántalomnál is, pl. luesnél, el nem tűnő szűkületek jönnek létre, mert a szűkületek száma több és mert a belek motorius működése is meg van zavarva. (Archiv für klinische Chirurgie, 71. kötet, 3. füzet.)

Remenár dr.

Az acut pancreasvérzések és hasi zsírszövetnecrosisok kóreretéről és gyógyításáról ír *Bunge* magántanár. A pancreasbetegedések chronikus alakjai meglehetősen tisztázva vannak, nem úgy az acutak; ilyen a pancreasvérzés kérdése. Itt a sebészi beavatkozást sokan feleslegesnek tartják a sikertelenség miatt; a feladat csupán az volna, meg kell várni, míg a baj chronikusá válik, és akkor operálni.

Acut pancreasvérzésnél történt műtétről csak néhány eset található az irodalomban. Egyik műtétet *Halstedt* végezte bélkizárási tünetekkel bejövő betegen, de bélkizárást nem talált, ellenben a pancreastájón és mesenterium gyökében egy kemény csomót, s az omentumban és mesenteriumban több elszórt göcsban zsírszövetnecrosist látott. A második eset *Hahtól* való. A tünetekből bélkizáráásra gondol-

tak. Laparotomiánál az omentum edényei nagyon kitágultak, hasürben szabadon csokoládé-színi folyadék volt, az appendices epiploicae-ban és mesenteriumban számos borsónyi szürkés-fehér, opák, éles határu necroticus zsírszövet volt látható. A hassebet jodoformgázzal tamponálta; 24 nap múlva gyógyultan távozik. *Pels-Leusden* esetében acut genyes pancreatitis volt perforációs tünetekkel; a hasüregben kissé zavaros-sárgás folyadék, a pancreas feje zöldesen elszínezett, láthatólag genyenyl infiltrált. A sebet bevarrta, kis nyíláson drainezte. A beteg hamar meggyógyult.

Szerző ezután egy észlelt esetét közli, hol peritonealis tünetek mellett rövid időközökben a bal ágyéktájra kisugárzó kolika lép fel, a rohamok alatt azonban a has puha marad, peristaltica hiányzik. Műtét-nél valamennyi appendices epiploicae-ban lencsényi zsírszövetnecrosisok láthatók, a lig. gastrocolicumban ökölnyi üreg van, mely zsírnecrosis folytán jön létre. Pancreas duzzadt, sötétvörösen, véresen beszűrődött. Hasürben húslészerű, zavaros folyadék. Hasürben mindenütt elszórtan borsónyi necrotikus szigetek. Belek puffadtak, belöveltek, lepedék nélküliek, epeutak szabadok. A bursa omentalis tamponálása után a hasfalak részben összevarratnak. Lefolyás hosszan genyedő. Ebben az esetben a beteg symptomatikus kezelés mellett bizonyára meghalt volna.

A pancreasvérzés oka ismeretlen; tagadhatatlan, hogy a zsírszövetnecrosisok összefüggésben vannak vele, valószínűleg következményei. Az állatkísérletek sem bizonyítanak még sokat, csupán annyit, hogy a pancreasért erősebb traumák után itt is zsírszövetnecrosis lép fel. Dispositiós ok gyanánt szerepel az egyén elhíjazódása, ezzel együtt a pancreas elzsírosodása, véredények localis elváltozása; iszákosság, ebből kifolyólag arteriosclerosis és valószínűleg a pancreas vívőereinek thrombosisa. Ez utóbbi gyakori szövettani lelet pancreasbetegedéseknél. Ilyen thrombosisot már *Claude Bernard* előidézett mesterségesen, ha a pancreas kivezető csövét zsirt fecskendett, utána vérzések léptek fel a pancreasban. Embolia mellett szólnak a gyakori infarctusok. Szerző állatkísérletei még nincsenek befejezve, azokról később számol be. (Archiv für klinische Chirurgie, 71. kötet, 3. füzet.)

Remenár dr.

Kisebb közlemények az orvostgyakorlatra.

Collargol használata klysma alakjában. A „K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien“ október 23-dikán tartott ülésében *Loebl* azon kísérletekről számolt be, a melyeket a *Ferencz József-kórház* II. orvosi osztályán klysma alakjában alkalmazott collargollal tettek. A collargol intravenosus befecskendése ugyanis némely esetben nem sikerül vastag zsírpárna, a visszerek szűk volta vagy egyéb okok miatt; megkísérleték tehát a klysma alakjában való alkalmazást és azt tapasztalták, hogy ilyen módon juttatva a szervezetbe a collargolt, épen oly jó eredményeket lehet elérni, mint az intravenosus bevitellel. Naponként kétszer adtak — előzetes tisztító klysma után — 0.15–0.30 grammot 750 gramm destillált vízben oldva. (Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 44. szám.)

Pyrenol mint antineuralgicum. A pyrenol alkotórészei benzoesav, salicylsav és thymol, a mely *Schlesinger* szerint enyhe lázellenes szer, erős antirheumaticum és megbízható antineuralgicum. 150 esetben használta a szert, a nélkül hogy kellemetlen mellékhatását észlelte volna. A pyrenol ára nagyon mérsékelt. (Therapeutische Monatshäfte, 1903. 1. füzet.) Egy további közleményében *Schlesinger* azon kedvező eredményekről számol be, a melyeket 1.0–3.0 grammos napi adagokkal asthma bronchiale eseteiben ért el. A köhögési ingert is mérsékli a pyrenol a váladékképződés elősegítése útján. Tussis convulsiva eseteiben is használható e szer; a betegség kezdeti szakában igénybe véve, akárhánszor abortív hatás mutatkozott; a betegség tetőfokán kezdve meg használatát, szintén enyhítette a rohamok erősségét. Végül eredménynyel használható a pyrenol heveny hörghurut eseteiben is, főleg azokban, a melyek lázzal járnak; ilyenkor a kiköpést elősegítő és sedatív hatás mellett a szer lázellenes hatása is szerepet játszik. (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1903. 19. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1904. 6. szám. *Veress Ferencz*: A tüdősyphilis. *Biró Gyula*: A peribronchialis anthracosissal mirigyek ellágyulásáról.

Orvosok lapja, 1904. 5. szám. *Moskovitz Ignác*: A gyűrű-kannaporez ízületnek rheumás lobja. *Kolozs Mihály*: A malaria.

Budapesti orvosi újság, 1904. 5. szám. *Detre László*: Reinfectio és primaer fekély. *Bányai Sándor*: Hypernephroma esete. *Müller Vilmos*: A tuberculotikus meningitis korai diagnosisa a liquor cerebrospinalissal történt oltás által Marmorek új methodusa szerint.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1904. 6. szám. *Mattirolo és Tedeschi*: Paroxysmalis haemoglobinuria két esete. *Zwilling*: A hyperplastikus torokmandola viszonya a dadogáshoz. *Putermann*: A vérkeringés befolyásolása az iskolai vizsgák által. *Kschischko*: A hasfalmetzés egyesítése. *Kassowitz*: Az orvos és az alkohol.

Wiener klinische Wochenschrift, 1904. 5. szám. *Kreissl*: Klinikai tapasztalatok a Gruber-Vidal-féle reactorról. *Zelowski és Nitsch*: A gyermekkori cystitis aetiologiája. *Morgenroth*: Amboceptorelmélethez adat. *Zuppinger*: Laryngitis aphthosa. *Effertz*: Gümőkór, himlő, syphilis és traumák a tropusi indiánusoknál. *Pözl*: Veleszületett amputációs neuroma.

Berliner klinische Wochenschrift, 1904. 6. szám. *Fibiger és Jensen*: A gümőkór átvitele emberre és marhára. *Meyer*: Adat a neuralgiák és myalgiaák gyógyszeres kezeléséhez. *Alexander*: Recurrens hűdés mitralstenosis esetében. *Siewert*: Bronchiektasia situs viscerum inversus esetében.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1904. 6. szám. *Behring*: Phthisiogenesis és a gümőkór leküzdése. *Stoklasa*: Glykolytikus enzyemek az állati szövetekben. *Hoffmann*: A májtompulat eltűnése a vastagbél odahelyeződése miatt. *Mertens*: A rák serumdiagnosisa. *Baisch*: A gummikeztyű értéke a placenta manualis leválasztásakor. *Scheven*: Szén-oxydmérgezés sajátos esete. *Van den Brink*: Laktagol.

Centralblatt für Chirurgie, 1904. 3. szám. *Salkindsohn*: Catgut-sterilizálás. *Mintz*: A szivburok drainézése. *Eckstein*: Paraffin-orrplastika. 4. szám. *Kelling*: Technikai adatok a hasüreg sebészetéhez. *Belz*: Az appendix-resectio technikájához.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 15. kötet, 1. füzet. *Stern*: Adatok a veselob sebészi kezeléséhez. *Englisch*: Betokolt húgykövek.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 70. kötet, 1.—2. füzet. *Vogel*: A hosszú csőves csontok sarcomáinak kezelése. *Matsuoka*: A törés utáni porc képződés jelentősége. *Wentscher*: Adat az emberi epidermis sejtek túlélőképességéhez. *Hirsch*: Idegen testek a férfi húgyhólyagban. *Lettan*: Férignyútvány-köldöksipoly esete. *Delbanco*: A czombizomzat spontán elgenyedt echinococcus. *Wieting*: Ischaemiás gerincvelőbaj gümős spondylitis esetében. *Wieting és Raif*: A csontos koponya gümőkórja. *Martina*: A catgut sterilizálás *Claudius* szerint. *Bernstein*: A gerincvelő sérülések diagnosisa és prognosisa. Az epistropheus luxatiojának és törésének egy esete. *Pers-Leusden*: Adat a pancreas heveny megbetegedéseinek kór- és gyógytanához, laparotomia útján meggyógyított két eset kapcsán. *Reinitz*: Luxatio tibiae anterior. *Schmieden*: Osteomalacia chronica deformans hypertrophica. *Krogus*: A regionaer cocainanaesthesia történetéhez.

Deutsches Archiv für klinische Medizin, 78. kötet, 5—6. füzet. *Arnsperger*: Az aortaaneurysmák aetiologiaja és pathogenese. *Landau*: Klinikai vizsgálatok a vér osmosis-nyomásáról. *Hagen*: Kizárt sérvek kezelése atropinnal. *Weinberg*: Kóros öröklés és genealogiai statistika. *Lommel*: Pubertási albuminuria. *Bickel*: Traumás tüdőszervek penetráló mellkassérülések nélkül. *Stuertz*: Eustrongylus gigas a vizeletszervekben egyoldali chyluriával. *Reese*: A vesevisszér-thrombosis tüneteinek.

Archiv für klinische Chirurgie, 72. kötet, 1. füzet. *Kümmell*: Az újabb vizsgálómódszerek és az operatív eredmények vesebajokban. *Payr*: Vérérdények circularis egyesítése felszívódó prothesisekkel. *Langemak*: Az ízületek chondromái és más ritka daganatai. *Haga és Fujimura*: Myositis ossificans traumatica. *Franke*: A tibia alsó mellő szélének letörése a frontalis síkban. *Julliard*: A trochanter minor izolált letörése. *Schulze Berge*: A Jackson-epilepsia operatív gyógyítása. *Kropac*: A „gangrène foudroyante” további differenciálása. *Heinricius*: A lép-cysták és kezeléseik, főleg splenectomiával. *Heinricius*: Recidiváló retroperitonealis lipomák. *Suter*: Diagnostikai tévedések Röntgen-átvillagításkor; adat a fibulatórések ismeretéhez. *Friedländer*: Vagus peritonitis. *Cavazzani*: A czombsérvek gyökerezésének új módja.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 7. kötet, 8. füzet. *Martin*: Thermikus alkalmazások befolyása a véredényrendszerre. *Friedländer*: Thermikus ingerek okozta vérelváltozások. *Kaufmann*: A fehérjével hizlálás tanának mai állása. *Cornet*: A Höglauer-féle folyó-, forrás- és hullámfürdőkád.

Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen, 5. kötet, 2. füzet. *Lorentz*: Lázás tüdőgümőkórosok kezelése sanatoriumokban. *Naumann*: Vérnyomásmérések tüdőbetegeken. *Neitzert*: Légzésgymnastika és testmozgás a tüdőgümőkór gyógytanában. *Engel*: A Kanári-szigetek mint gyógyhelyek tüdőgümőkórosok számára. *Blöte*: A fontanella mint a tüdőgümőkór gyógyszere. *Jessen*: A tüdőgümőkór és kezelése, különös tekintettel a Klebs-féle tuberculocidinre.

Die Therapie der Gegenwart, 1903. 12. füzet. *Zinn*: Az ankylostomiasis és leküzdése. *Krause*: Adatok a fényterápiához. *Mayer*: Természetes gyomornedv használata gyomorbajokban. *Katzenstein*: A fissura ani kezelése. *Vieth*: A kátrány dermatológiai szempontból fontos alkatrészei és az anthrasol előállítás. *Rahn*: Az Anschütz-féle chloroform előnye. *Bradt*: A felső légutak érzéstelenítése gümőkórosoknál. *Dresler*: Aristochin asthma bronchiale ellen.

Ziegler's Beiträge, 34. kötet, 2. füzet. *Maximow*: A hegyszövet keletkezése, szerkezete és elváltozásai. *Tobler*: A Müller-járat cystája. *Fabozzi*: A primaer pankreasrák histogenese. *De Haan*: Primaer alveolaris multiplex máj-angiosarcoma 4 hónapos gyermekben. *Tashiro*: Osteomalaciás csontok szerkezete. *Sumikawa*: Adat az arteriosclerosis genesiséhez. *Ossipow*: Szöveti elváltozások az izomtrichinosis késő szakában. *Bleichröder*: A gyomor elváltozásai folytonos gyomornedvelválás esetében.

Therapeutische Monatshefte, 1903. 8. füzet. *Winternitz*: A retroflexio uteri kezelése, különös tekintettel a subjectív panaszokra. *Biringer*: Atoxyl. *Fischer*: Veronal. *Bernbach*: Természetes fehérje és fehérjekészítmények a diätotherápiában. *Fürst*: Az agy táplálkozási és funkciós elégtelensége. *Crzellitzer*: Hysteriás vakság esete. *Bergel*: Inowraslaw sósfürdő. *Kittel*: A tussis convulsiva gyógyítása. *Goliner*:

Adat a sörelesztő gyógyhatásához. *Kachel*: Purgatin használata a gyermekágyban. *Bloch*: Adatok a rheumás bajok diagnosisa és kezeléséhez. *Jessen*: Bromoformmérgezés hároméves gyermeknél.

Zeitschrift für Heilkunde, 1904. 1. füzet. *Erdheim*: Adatok az emberi epitheltestecsek kórboncztanához. *Raubitschek*: Emberi újszülöttek emlői. *Joanovics*: Kísérletes vizsgálatok az icterust illetőleg. *Stejskal*: A szervezet toxinok iránti érzékenységeinek változása káros tényezők behatása alatt. *Sternberg*: A myeloma ismeretéhez.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 67. kötet, 2. füzet. *Bukowsky*: Adat az epidermolysis bullosa hereditaria ismeretéhez. *Riecke*: Mycosis fungoides két esete. *Brunsgaard*: Erythrodermia exfoliativa universalis tuberculosa. *Nobl*: A bleunorrhoeás deferentitis és epididymitis szövettana. *Walsch*: Koilonychia és platyonychia hereditaria. *Róna*: A régi gangraenás, phagedaeniás, diphtheriás sankerő. *Siebert*: A higany hatása a syphilitikus szövetekre.

Le progrès médical, 1904. 5. szám. *Galezowski*: A szemsyphilis és kezelése.

Bulletin général de thérapeutique, 147. kötet 1. és 2. füzet. *Renaut*: Adatok a vese kanyargós csatornáinak és vízben oldódó termékeinek ismeretéhez. *Vialard*: Syncope kezelése a conjunctiva izgatásával. *Bouloumié*: A capillaris oscillatiók mérése a Kreidl-féle készülékkel. *Laumonier*: A glycogen némely gyógyászati alkalmazása. *Barbier*: A csecsemőtáplálék mennyisége.

La semaine médicale, 1904. 5. szám. *Cheinnisse*: A láz diagnostikai és prognostikai jelentősége appendicitis esetében.

Archives générales de médecine, 1904. 2. szám. *Delore és Piollet*: Appendicectomia subserosa. *Robin és Binet*: A respiratorius chemismus megváltozása a gümőkórral antagonista állapotokban. *Joffroy*: „Délires systématique spirite”. 3. szám. *Grenet*: Kísérletes purpura. *Gaudemet*: Septikus diffúz peritonitis gyomor- és duodenum-fekélyek átfürdése következtében. *Desesquelle*: A bőr alá fecskendezendő higany-készítmény kiválasztása syphilisben.

Revue de médecine, 1904. 1. füzet. *Lépine és Boulud*: Hyperglycaemia hiánya uran okozta glykosuriában. *Pic és Bonnamour*: Arteriosclerosis okozta medullaris zavarok. *Chelmonski*: Meghülés és gümőkór. *Verger*: A facialis neuralgiák osztályozása. *Le Goïc*: Vörheny és typhus egyidejű előfordulása. *Daloux*: Syphilis és tabes.

Revue de chirurgie, 1904. 1. szám. *Devic és Gallavardin*: Méhfibromyoma esete visceralis generalisatioval. *Gayet*: Gastro-entero-anastomosis Jaboulay-Lumière-féle gyűrűvel. *Greene Cumston*: Adatok a dentifer cysták ismeretéhez. *Rivière és Thévenot*: Fülactinomycosis. *Delore és Leriche*: Fekélyt utánozó gyomorrák esete. *Guibé*: A cavitás cotyloidea törései. *Duval*: Osteoplastikus czombamputatio. *Caubet és Mercadé*: A lábujjak veleszületett túltengése. *Bruneau és Condo de Satriano*: A funiculus spermaticus fibromái.

The lancet, 1904. I. 4. szám. *C. R. B. Keetly*: Régi vállizület-ficamodások helyreigazítása véres úton. *R. T. Williamson*: A diabetes mellitus kezelése. *A. E. Wright*: A vérvizsgálat új módjai. *H. Betham Robinson*: Intraperitonealis hólyagrepedés műtett esete. *A. E. Hind*: Heveny sulfonal-mérgezés esete. *F. J. Smith és C. W. Mansell Moullin*: Heveny traumás cholecystitis esete. *W. J. Kilner*: Ostitis deformans két esete egy családban. *G. P. Newbolt*: A prostata teljes kiirtása. *F. M. Clarke*: Veronal-mérgezés esete. *J. A. Arkwright*: Facialis hűdés mint familiaris betegség. *H. J. van Praagh*: Acholia korai tünete. *J. Wood Cooke*: A prostata teljes kiirtása. *Stanley Raw*: Hernia okozta szokatlan zavarok gyermeknél.

British medical journal, 1904. január 30. *Thorndley Stocker*: Prostatectomia suprapubica. *G. Bartint*: A prostata-túltengés kezelése Freyer szerint. *Cuthbert S. Wallace*: A totalis prostatectomia anatómiai bírálat. *P. S. Lelean*: Myiasis. *Th. A. Buck*: Vasectomia prostata-túltengés ellen. *G. Arthur*: Facialis hűdés fogóműtét után. *S. Mallannach*: Febris haemoglobinurica. *W. P. Le Feuvre*: Infectio heveny csúzbán. *A. B. Scott*: Nyakcsigolyatörés érdekes esete.

The practitioner, 1904. február. *A. E. Wright*: Typhus-ellenes védőoltás. *A. Whitfield*: Eczema. *C. H. Cattle*: A kezdődő tüdővész diagnosisa és a sanatoriumi kezelésre alkalmas esetek. *D. Barty King*: A Röntgen-sugarak értéke bronchiektasiában. *B. G. A. Moynihan*: Egy-szerű módszer gastroenterostomia és más hasi anastomosisok végzésére. *G. R. Murray*: Veleszületett szivrendellenesség esete.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1904. február 12.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1904-dik év 3. hetében (1904. január 17-dikétől január 23-ig) következő volt: I. Népességi mozgalom. Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katona 16,484, összesen 813,399. Elveszületett 452 gyermek, elhalt 318 egyén, a születések tehát 134-el multák felül a halálozásokon. — Születések aránya: 1000 lakosra: 28-9. — Halálozások aránya: 1000 lakosra 20-3, az egy éven felüli lakosságnál: 16-7, az öt éven felüli lakosságnál: 14-7. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 7, gümős agy-

kérő 4, agyguta 7, ránggöres 5, terjedő hűdés 6, hátgerinczsorvadás 1, szívba 22, hörgő 0, tüdőlob 28, hurutos tüdőlob 5, mellhártyalob 1, tüdővész 55, tüdőleégés 3, bélhurut 11, májbajok 0, hashártyalob 5, kizárt sérv 1, Brightkór 0, veleszületett gyengeség 19, gyermekaszály 1, aggasztás 5, rák 6, méhrák 3, egyéb álképlet 2, gümös bajok 2, kanyaró 8, vörheny 8, alh. gége 1, ronsoló toroklob 4, hökhurut 2, gyermekági láz 0, hagymáz 2, influenza 2, himlő 0, veleszületett bujakór 2, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 1, lépfene 0, ebdüh 0, genyver 1, gyilkosság 1, öngyilkosság 3, baleset 18, erőszakos, kétes 1.

II. Betegedések. a) Betegforgalom a községi közokozásokban. A múlt hét végén volt 3533 beteg, szaporodás 872, csökkenés 812, maradt e hét végén 3519 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1904. évi január 17-dikétől január 23-dikáig terjedő 3. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): kanyaró 117 (127), vörheny 72 (43), alh. gége- és ronsoló toroklob 46 (41), hökhurut 37 (26), gyermekági láz 0 (1), hasi hagymáz 0 (0), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 29 (36), vérhas 0 (0), orbáncz 19 (16), járv. agy-gerinczagykérő 0 (0), járv. fültömirigylob 6 (7), trachoma 6 (2), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

△ **Megválasztások.** *Gazdik József* dr.-t Körösladányban községi, *Czitrom Vilmos* dr.-t Mezőrűcsön körorvossá megválasztották.

— **A Markusovszky-féle jubiláris előadásokon,** melyek, mint említettük, e hó 17-dikén szerdán este 7 órakor kezdődnek, *Klug* professor az anyagforgalom élettanának újabb haladásáról szóló előadás-sorozatát a következő programmal fogja megtartani: I. Anyagforgalom az élet. 1. Életjelenségek. 2. A sejt anyagcsereje. 3. Erjesztők (enzymek). 4. Anyagforgalom-mirigyek. II. Anyagforgalom a táplálkozásban. 1. Táplálékok jelentősége, emésztése. 2. Az anyagforgalom vizsgálási módja. 3. Respirációs légcsere. 4. Táplálékok energiája. 5. Anyag- és energiacsere éhezéskor és táplált egyénen. Az előadások ideje a következő lesz: 1. előadás február 17-dikén, szerdán; 2. előadás február 22-dikén, hétfőn; 3. előadás február 29-dikén, hétfőn; 4. előadás márczius 7-dikén, hétfőn; 5. előadás márczius 14-dikén, hétfőn; 6. előadás márczius 21-dikén, hétfőn.

+ **A magyar orvosok és gyógyszerészek árváinak otthona** javára adakoztak:

Pártoló tagok: *Helper Pál* gyógyszer., *Horta, Herzog István* gyógyszer., *Újvidék, Hugonnai Vilma* orvosnő, *Budapest, Hüvös Henrik j. orvos,* *Márm.-Dombó, Huszák Gábor j. orvos,* *Acs, Hochmann Nándor orvos,* *Budapest, Höffer Richárd j. orvos,* *Wien, Horovitz Arthur j. orvos,* *Girált, János József k. orvos,* *Jáhner Rezső gyógyszer.,* *Temesvár, Jenei Lajos gyógyszer.,* *Derecske, Jeszenszky Jenő gyógyszer.,* *Dolova, Jókai Mórné O méltósága Budapest, Imre József, Istvánffy Gyula igazgató,* *Budapest, Ivánovits Sebő k. orvos,* *Üllő, Irsai Arthur, Kahnemann & Krause gyáros, Wien, Kapau József gyógyszer.,* *Poroszló, Katona László orvos, Miskolc, Káposztásy Géza gyógyszer.,* *Csákvár, Kanarik József k. orvos, Bártfa-fürdő, Károlyi k. orvos, Wien, Kámenzsky István gyógyszer.,* *Tass, Káposztásy Ferencz Kékkő, Kerekes Kálmán gyógyszer.,* *Bajecz, Hladnyi Géza gyógyszer.,* *Kerekgyártó Béla orvos, Kenessy Aladár orvos, Pécs, Kerkápolj Gyula orvos, Keczel, Klein Ignác né gyógyszer.,* *Geszthely, Klein Arthur gyógyszer.,* *Miskolc, Klár József gyógyszer.,* *Sasvár, Kovács Jenő gyógyszer.,* *Kis-Komárom, Klász Pál Budapest, Konrádi D. tanársegéd Kolozsvár, Kovácsics, Kocsuba Emil gyógyszer.,* *Mohács, Kovács Ignác igazgató, Gyergyó-Szt.-Miklós, Köhalmi Miklós gyógyszer.,* *Ugoesa-Komjáth, Kovalik István gyógyszer.,* *Ákos, Korom Lajos orvos, Poroszló, Koczár Miklós né gyógyszer.,* *Geszthely, Kretschmer Lajos orvos, Körömczibánya, Krach Samu orvos, Dunaszerdahely, Kubiss Ágost orvos, Nyitra, Krees Gyula bányorvos, Vashegy u. p. Böcse, Kudar Lajos gyógyszer.,* *Vinga, Kuszing János orvos, Nagy-Beeskerek, Kunz, Korányi Imre orvos, Nyiregyháza, Láng József orvos, Hunfalu, Lengyel Samu orvos, Legányi Gyula orvos, Leli József orvos, Hódásgh, Lingl Valér fürdőorvos, Balaton-fürdő, Luezy Gusztáv orvos, Libetbánya, Lukács Sándor gyógyszer.,* *Ening, Madarász Imre gyógyszer.,* *Pozsony, Martinovich József gyógyszer.,* *Hajós, Mayer Árpád, orvos, Budapest, Márkus Miksa orvos, Siklós, Mály Antal orvos, Temesvár, Merszel Fülöp orvos, Szeged, Mertu Ottilia, Michels Gyuláné gyógyszer.,* *Újvidék, Mihályovits Miklós Budapest, Molnár Lajos, Mócs Ágoston gyógyszer.,* *Zselizs, Molnár Lipót gyógyszer.,* *Kassa, Morelli Gusztáv, Munk Jakab orvos, Dunaszerdahely, Müllern Gusztáv orvos, Kereszténysziget, Nagy Ernő orvos, Gyoma, Nagy Ármán m. főorvos, Vác, Nagy Miklós orvos, K.-K.-Dorozsma, Nagy Kálmán gyógyszer.,* *Nyiregyháza, Neruda Nándor droguista, Budapest, Némethy Samu m. főorvos, Nagy-Szöllös, Müller Fülöp, Karánsebes.*

+ **X. Szünidei Orvosi Cursus.** A budapesti egyetem orvosi karának előadói ez évben is megtartják az orvosok továbbképzésére szolgáló szünidei cursust. A végrehajtó bizottság a tanfolyam idejéül a f. é. május hó 30-dikától június hó 11-dikéig terjedő 2 hetet állapította meg; a cursus *beiratási díja*, mely a rendezés költségeinek fedezésére szolgál, *20 korona* (az eddigi 50 korona helyett), tandíj nincs. Két párhuzamos tanfolyam fog tartatni, melyek mindegyikében képviselve lesz a négy klinikai főtárgy: belgyógyászat, sebészet, szemészet, szülészet és nőgyógyászat, s ezen kívül 3—3 speciális szakma.

× **X. nemzetközi szemész-congressus** *Luzernben*, 1904. szeptember 18-dikán. A X. nemzetközi szemészeti congressus végrehajtó bizottsága megbízásából *Siegrist* tanár Bernben felkérte azon kollégákat s műszerészeket, a kik a congressus alkalmával rendezendő kiállításra tárgyakat küldeni óhajtanak, hogy ezen szándékukat a szükségelt terü-

let s a tárgy pontos megjelölésével 1904. július 14-dikéig bejelenteni sziveskedjenek. Közelebbi felvilágosítást nyújt Magyarország területére *Grósz Emil* tanár.

△ **Okleveleiket** december hóban bemutatták: *Herzog Ferencz* Xavér dr., *Bogdanovics Milos dr.*, ifjú *Apaticzky Sándor dr.*, *Salgó Ernő dr.* és *Radó Mór dr.* egyetemes orvosdoktorok és 1 szülésznő.

+ **Gyógyfürdő-jelleg adományozása.** A belügyminister a székes főváros tulajdonát képező *Artézi-fürdő* számára a gyógyfürdő-jelleget adományozta.

— **Népsanatorium az Alföldön.** A gyulai városi erdőben népsanatorium fog épülni *Ziegler* műegyetemi tanár tervezete alapján. Ujabbban a sanatorium alapjára ismét tetemesebb adományok gyűltek össze.

× **Hőgyes tanár Pasteur-intézetében** f. é. január havában 217 veszett vagy veszettségre gyanus állatmarta egyén (195 magyarországi, 14 horvát és szlavonai, és 7 boszniai és hercegovinai) nyert antirabikus védőoltást. 198 egyént eb, 13 at macska, 4-et borjú, 1-et sertés és 1-et ember inficiált. Évi folyó szám: 217; egyetemes folyó szám: 22,775. Haláleset e hóban nem fordult elő.

+ **A budapesti poliklinika** rendelésén az elmúlt január hónapban 3481 új beteg jelentkezett s összesen 11,358 rendelést tettek.

| **A szabadkai önkéntes mentő-egyesület** segítségét 1904. január havában 67 esetben, fennállása (1893. szeptember 12.) óta pedig 4595 esetben nyújtott első segélyt.

+ **Elhunyt.** *Dedé Mihály* dr. nyug. honvéd-törzsorvos 56 éves korában Zilahon.

Bennlakó segédorvos kerestetik a szt. Lukács-fürdőbe. Jelentkezéseket elfogad *Bosányi dr.*, a fürdő főorvosa.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**“ Ujonnan épült magán-gyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére, **Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.



Téli fürdőkúra
a Szt. Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénas források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage, Olcsó és gondos ellátás. **Csúsz** köszvény, ideg-, bőrbajok és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán.**

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697.

Mechanikai Zander-gyógyintézet
Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)

Teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. **Testgyógyítás.** Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vizgyógyimód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54—20. Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

DR. KOPITS JENŐ

testgyógyintézetét

VII. ker., Kerepesi-út 18. sz., 1. emeletére helyezte át.
(Bejárat: Kazinczy-utca 2. szám.)

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium vízgyógyintézete.** Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapest VIII., József-körút 26. sz., 1. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

Elektromágneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában **Budapest, Városligeti fasor 15.** Főbb javak: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szív-neurosisok, ideges gyomor, bélbántalmak, fejfájás, csúsz, stb.** Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (III. rendes tudományos ülés 1904. évi január hó 23-dikán.) 104. l. — (IV. rendes tudományos ülés 1904. évi január hó 30-dikán.) 105. l. — Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1903. április 30-diki ülés.) 106. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(III. rendes tudományos ülés 1904. január 23-dikán.)

Elnök: Tauffer Vilmos. Jegyző: Benedict Vilmos.

(Vége.)

Krompecher Ödön: Az előadásban említett eljárás technikájához és az irodalomhoz kíván hozzájárulni. Mikor arról volt szó, hogy valamely mirigy tuberculosisos-e, előadó oly módon járt el, hogy lemezekre kente a tartalmat és megfestette tuberculosis-bacillusra, már pedig hideg tályogokban, némely mirigyekben festés által a tbc.-bacillust meghatározni nem lehet. Szólnak Zimmermannal együtt sikerült a tbc.-bacillust kitenyészteni olyan esetekben is, melyekben festés által meghatározható nem volt. Ep úgy gyakran pozitív eredményt ad az állatkísérlet, mikor a festési eljárás negatív. Ezért előadó nincs jogosítva oly merész következtetéseket levonni. Hogy mennyire eltérők az eredmények, kitűnik három dolgozattól. Ritter 84 mirigyét, hideg tályogot és esontizületi bántalmat vizsgált meg és csak néhány esetben sikerült neki a tbc.-bacillust kimutatni. Hogy milyen technikával dolgozott, arról tudomása nincsen. Braun Bergmann klinikájáról 30 lymphomát vizsgált meg. Állatkísérlettel mindig kimutatta a tbc.-t, tenyésztéssel csak staphylococust és streptococust. Szólv Zimmermannal együtt nemcsak állatkísérlettel, hanem tenyésztéssel is 90%-ban pozitív tbc.-t talált. Mindig keresték a secundaer infectiót is és 30 eset közül 2–3 esetben találtak staphylo- és streptococust. Tehát különböző methodica mellett különbözők az eredmények. Az előadó methodikája hiányos.

A mi az irodalom méltatását illeti, ezekre a következőket jegyzi meg: Előadó tengerimalaczkokat és nyulakat etetett. Hasonló kísérleteket végzett Weleminsky, a ki a Berliner klin. Wochenschr. 1903. 37. számában közli azokat. Ezekre előadó nem hivatkozott. Weleminsky azon eredményre jut, hogy a kevésbé disponált házi nyulaknál etetés útján a submaxillaris, nyaki és bronchiális mirigyek tbc.-át ki tudta mutatni. Ha az állat fogékonyabb, pl. tengerimalacz, akkor függetlenül a bronchiális és tüdőtuberculosisból a béltractusban is fellépett tbc. bélfekélyek vagy mesenterialis mirigyek alakjában. Macfadyen és Macconkey 20 öt éven alóli gyermek közül, négynél, tehát 20%-ban, a hol kórboncztanilag tbc.-t kimutatni nem sikerült, a mesenterialis mirigyekben megtalálták a tbc.-t. A bélfekély tulajdonképpen nem kriteriuma a hasi tbc.-nak. Ha tehát csak festési methodussal nem talált előadó tbc.-bacillust, ez nem bizonyít semmit, mert esetleg találhatott volna tenyésztés vagy állatkísérlet útján.

Detre László: Az előadásnak két pontjáról kíván érdemlegesen nyilatkozni; az első az előadónak a scrophulosisról vallott nézete, a másik pedig a localisatorról szóló tan, a melyeket felszólaló nem fogadhat el.

Előadó konstataulta kísérletileg, hogy némely állatban a bevitt fertőző tbc.-bacillus az invasio helyén elváltozást léte nem hoz és akadálytalanul jut el a megfélelő mirigyig, a másikkban pedig behatolásának helyén telepszik meg és képez gümőt. Ebből a kétségtelen helyes észleletről pedig teljesen jogtalanul azt a következményt vonja le, hogy az első állatban a nyirkutak szabadok és tágak voltak, a másikkban pedig nem, a miből aztán további deductioval arra az analógiára jut, miszerint a gyermekek scrophulosisának is a nyirkutak anatómiai elváltozása, tág volta az oka. Eltekintve azoktól az érvektől, a melyeket Pertik tanár említett a régi Hueter-Virchow-féle nézet ellenében, nem látja meg azt az utat előadó kísérleteiben, a melyen e deductiora jutott. Hogy az egyik esetben eljut a beoltott csira a mirigyig, a másikkban nem, ennek oka igen sokféle lehet. Ma az experimentális, észlelő biológiai korszakban már nagyon távol állunk a dolog illeten kezdetleges mechanikai magyarázatától: tudjuk jelesül, hogy vajjon eljut-e bizonyos csira a mirigybe, az rendszeren biológiai viszonyoktól függ. Így például a szervezet és a csira egymáshoz való viszonyától, a melynek kifejezője a csira szempontjából a virulencia fogalma, a szervezet részéről a fogékonyság fogalma. Ha három tengerimalacz közül az első lépene gyengített fájával (I. vaccin), a másodikat középvirulentiájú, a harmadikat pedig egészen virulens bacillussal fertőzzük: akkor az elsőben helybeli, lenkocytáris folyamat fejlődik csak, a másodikkban a bacillus esetleg már a helybeli védelmi szerkezet áttörése után a mirigyig eljut és végleg csak itt pusztul el, végül a harmadikkban már pár óra múlva a mirigyben a vérbe is eljut. Az előadó theoriája szerint az első állatnak nyirkutai szűkek, a másodikké középtágak, a harmadikké tágak, nyitottak; legalább is erre a deductiora juthatna az, a ki mechanikai magyarázattal megelégszik. Pedig a különbséget csak a három bacillustájt különböző virulentiája adja meg. Ellenkezőleg, ha egyazon virulentiájú bacillussal dolgozunk, akkor az állatok különböző physiologiai vagy közös ellenálló képességéhez képest fogjuk a bacillusokat a mirigyben kimutathatni vagy sem. Mindig a két egymásra ható tényezőnek, a szervezetnek és körösirának egymáshoz való viszonya adja meg a csira terjedésének menetét.

Másik ellenvetése a localisatorra az előadónak végkövetkeztetését illeti, a mely így hangzik: „A gümőkór localisatióját az infectio

kapuja s nem a szervek dispositioja határozza meg.” A tétel így teljesen hamis. Nem tagadja, hogy az infectio kapujának fontos szerepe van a kór localisatiójában, hisz ez természetszerű, de azt igenis nem fogadja el, hogy a szervek dispositiojának ne volna igen fontos szerepe. Hogy mi ez a dispositio, ma még nem tudjuk: imponderabilis fogalom, a melynek összetevői talán az egyes szervek vérellátottsága, a véráram gyorsasága, táplálkozása, egyes váladékokban nyilvánuló chemiai energia, nedvbaktericidia stb., de olyan fogalom, a melylyel számolnunk igenis kell. Csakis a szervek dispositiojával magyarázhatjuk meg azt a körülményt, hogy miért fészkel magát be általános, haematogen infectio esetén az egyik csirafaj ebbe, más fajta amabba a szervbe (rheumatismus, sepsis, gonococcus-infectiók), sőt mennyire ecetikus lehet egy bacillus e tekintetben, legjobban illusztrálja az az eset, a melyet Marmorek irt le. „Versuch einer Theorie der septischen Erkrankungen” című könyvében, a mikor két egyen halálos streptococcus fertőzése esetében, a kik közül az egyik fertőzte a másikat, a sectio mindkettőnél a streptococcusoknak főképp a vesében való localisatióját derítette ki.

Hogy pedig gümőkóránál milyen fontos a szervek dispositioja, azt a következő ecetát s példa bizonyítja legjobban. Ha tengerimalacz bőre alá kolló mennyiségű és virulentiájú tbc.-bacillust fecskendünk be, a következő típusos kórkép fejlődik ki: pár nap múlva tumor, a második hét végén fekély és regionális bubó, a harmadik héten kezdődik a többi mirigyek duzzadása, most a lép kerül sorra, majd a máj, ezután a tüdő és esetleg, ha az infectio nem oly gyors menetű, egyéb szervek.

Már az állandó egymásutánja a szervek megtámadásának nyilvánosan utal arra, hogy 1. a fertőzőmennyiség a vér útján vitetik ez esetben tovább) mert a sorrend ugyanaz, bárhol is történt meg a fertőzés; 2. hogy a localisatio ez esetben tisztán attól függ, mily ideig állanak a szervek a virusnak ellen. A véletlen segített hozzá, hogy e theoriának igazolására a tisztelt Orvosegyesületnek górcső alatt bemutatott egy érdekes készítményt, a mely malacztól származik, mely a bórallati fertőzés utáni 9-dik napra intercurrents bélhurutban elhullott. A boncolásnál a helybeli fekély már megvolt, szintén megvolt már a köülbélből gomostüfejuji bubó, egyéb jellegző gümös elváltozást nem talált. A fekélyben tömördek tuberculosis-bacillus, a bubóban néhány bacillus; mellesleg jegyzi meg, hogy kis, épen megduzzadó mirigyben a bac. kimutatás semmiféle nehézségbe nem ütközik, mert a két tárgylemez között szétzúzott szövethedv vizsgálat céljaira igen alkalmas. Egyéb szervekben gümösödésnek semmi nyoma és bac. sem találtatott. Sikertelen keresések után végeztetül felvágta a szívet és a jobb gyomorcs bilentyűi aljából platinkacsul lekapart egy kevés endothalt és ezt festette meg. A górcső alatt látható az így nyert készítmény: a vörös vérszövet közt az endothel sejtekkel összefüggésben nagy, mononuclearis jellegű sejtek láthatók, a melyek belsejében 20–30, néhol 50–60 tbc.-bacillus foglal helyet. Nyilván olyan bacillusok ezek, a melyeket phagocytákba zártan még a vérrendszerben sikerült fellelnünk, de már az endothel borítékhoz tapadt állapotban. Ezzel a szervek haematogen-fertőzése malacznál első ízben nyert megdönthetetlen anatómiai alapot, hogy pedig a fertőzés általános volta mellett is bizonyos szervek betegednek meg, azt e szerint csak a szervi dispositio tana érteti meg.

De előadó kísérleteiben is talált adatokat, a melyek következtetésével egyenesen ellentétben vannak. Theoriája értelmében az orális fertőzésnek, a mely elnevezés alatt előadó a régebbi pharyngeális és tonsillaris fertőzést érti, mert hogy másutt is hatolnak be a szájból bacillusok, azt kísérletileg semmivel sem igazolta, a cervicális submaxillaris és mentális nyirokmirigy-gümösödés, a strict értelemben vett intestínalis fertőzések a mesenterialis mirigy-typus felel meg. És ime a mikor előadó 8 darab újszülött malaczt stomachális úton, tehát direkte a gyomorba bevitt útján fertőztetett tbc.-bacillusos tejjel a 24 óra múlva (Orv. Hetilap, Melléklet 4. lap, 2. hasáb) leölt két állat közül az egyikben a szervek közül a mesent. mirigyben kívül csak a jobb submentális mirigyben talált bacillusokat. A negyedik napra az axillaris és cervicális mirigyekben, a hatodik napra az ileocecalisra kívül csak egy tracheális mirigyben tudta a bacillusokat kimutatni. Szintén nem szól theoriája mellett, hogy a tiszta orális (pipetta) kísérletekben nem praevaleált túlságosan a cervicális mirigytypus a mesent. felett. 7 közül a sputum kísérletekben 6 cervico-mesent., 1 tisztán cervico-mesent.; a tbc. tejkísérletekből 9 közül 6 vegyes és 3 felső (nyaki) típusú mirigybe. Hiszen az első kísérlet en (2 lap) is a két napos gümösputummal orálisan fertőztetett és sepsisben 3–5 nap múlva elpusztult malaczkok közül ugyanannyi esetben talált előadó a nyaki (subment. és cervic.), mint a mesent. mirigyekben gümös pálezikákat (2–2 eset). Látnivaló, hogy saját kísérleteinek pontos analízise sem nyújt kellő támaszpontot előadó általam említett tételének jogosult volta tekintetében és ezért, meg a már fentebb bőven kifejtettek alapján azt megváltoztatandónak vélem.

Felszólalása nem volna teljes, ha nem emelné ki azokat a pontokat, a melyekre nézve előadóval nemcsak egyetért, hanem a melyekre vonatkozólag azt vallja, hogy kísérletei tudományos lényeges haladást jelentenek. Ezek közé sorolom 1. azt a tényt, hogy a tonsillaris és pharyngeális fertőzés, a melyet az eddigi szerzők inkább doctrinaer módon a belégzési fertőzéshez számítottak, előadó kísérletei nyomán

alimentáris eredetű is lehet, mi által tehát az alimentáris fertőzés fogalma igen fontos bővülést nyert; 2. azokat a kísérleteket, a melyek egyrészt kimutatták, hogy az a rég óta vitás, egyesek által kísérleteik alapján állított, mások által fontosságára nézve tagadásba vett nézet ma már végeredményes igazolást nyert, miszerint a gümöbaccillus áthatolhat a nyákhártyán a nélkül, hogy abban elváltozásokat indítana meg és csak a mirigyben telepszik le; s melyek másrészt megerősítették azoknak nézetét, a kik a tüdőgümösödésre nézve a tüdőszövetnek a belégzés által való direkt fertőzése módját ismerik el mint a gyakorlatban legfontosabbat.

Hutyra Ferencz: A gümökóros fertőzés módjainak felderítésénél az állatpathológiában szereshető tapasztalatok is jól értékesíthetők. A vágóhidakon nagy számú állatot vizsgálunk meg tbc.-ra és a mi ezen vizsgálatok értékét emeli az, hogy nem a végső stadiumban elpusztult állatokról van szó, hanem látszólag egészségesekről. Tehát a lelet a bántalom kezdeti szakára vonatkozik. Ezen adatok igazolják mindenekelőtt azon különben már régebben ismert tény, hogy a tbc.-fertőzés teljesen intact nyákhártyán át történhetik. A közvágóhidaknak ebben a tekintetben megegyező statistikája szerint rendkívül gyakori szarvasmarhákban a primær mirigy-tbc. Így a budapesti közvágóhídon Breuer főállatorvos az 1899. évben 8856 szarvasmarhában állapította meg a tbc.-t és ezek közül 7673 esetben a peribronchiális mirigyek betegek voltak. Ezeknek közel 1/3-ában gondos vizsgálat dacára sem sikerült a tüdőben gümökóros elváltozást találni. E nagy számok igazolják, hogy a légzőszervek körüli mirigycsomók betegek, mielőtt a tüdő maga beteg volna. Ugyanazon adatok szerint a bél és a belfodormirigyek tuberculosisa ritkán fordul elő. A fenti 8856 eset közül csak 25-ször volt meg, hasonlóképpen ritka volt a tonsillák és a retropharyngeális nyirkcsomók tbc.-a, egészen csak 25 esetben. Ez adatokból a természetes következtetés, hogy a fertőzés legtöbbször a légutakon keresztül történik, mert alimentáris fertőzés csak úgy volna feltételezhető, hogy a tbc.-baccilusok az emésztőcsatorna nyákhártyáján keresztül a közbeeső (belfodri, torokkörülötti, nyaki) nyirokesomókban keresztül a peribronchiális nyirokesomókba jutott erekben mintegy praedilectionális helyen szaporodnának csak el. Már pedig ilyen különös praedilectiót más tájékok nyirokesomóival szemben bajos feltételezni. Egyébiránt a tapasztalatok szerint a tbc.-baccilusok legkönnyebben a fiatal korban mennek át a nyákhártyákra. Fiatal állatoknál könnyű a fertőzés alimentáris úton, későbbi korban már nehezebb. Így fiatal borjú könnyen fertőződik, már az egy év körüli borjú sokkal nehezebben. Így péld. nyolc évben összesen 3 gm. olyan kultúra etetésével, melyből 0.02 gm. vívíörbe fecskendezve halálos tüdőtuberculosist okoz, nem sikerült ilyen állatokat megbetegítenem. Behring feltevésével, hogy a legtöbb esetben az egész fiatal korra vezethető vissza a fertőzés, nehezen egyeztetethetők össze azok a tapasztalatok, melyek az egész fiatal korban végzett tuberculin-oltásokra vonatkoznak. Sok ezer tapasztalat azt mutatja, hogy a fiatal korban kevés százalékban reagálnak az állatok a tuberculinra, fél éves korig a borjúk közül még erősen fertőzött állományban is alig 10—15%-ban, míg az idősebb korban fokozatosan mind több s végül 80—90%-ban is pozitív az oltási eredmény. Ha nem akarjuk felténni, hogy a fiatal egyedekben a már bennük levő baccilusok teljesen nyugalomban vannak s ezért marad ki a reactio, akkor ebből azt kell következtetni, hogy a fiatal korban az állatok még ritkán vannak fertőzve s ezek fertőzése minden valószínűség szerint főképpen alimentáris úton történik, később az ilyen módon való fertőzés feltételei kedvezőtlenekké alakulnak át, ellenben a légutakon át történő fertőzés jobban érvényesül és ezzel a peribronchiális mirigyek nagyszámú primær megbetegedése. Hogy későbbi korban történik s nem is nehezen fertőzés, azt nem lehet tagadni.

Mezőhegyesen körülbelül 100 drb. 2 éves állat, melyek közül már egy sem reagált a tuberculinra, olyan istállóban helyeztetvén el, a hol mindenfelől összevásárolt állatok voltak, egy év múlva már 60%-ot tett ki a tuberculinra reagáló állatok száma. Itt a fertőzés nyilván inhalatio útján történt. Mai ismereteink szerint tehát az alimentáris fertőzésnek nagy jelentőséget kell tulajdonítanunk az egészen fiatal korban, de később inkább az inhalatio útján való fertőzés érvényesül és ez a legtöbbször mint a légutakkal szomszédos nyirokesomók tuberculosisa kezdődik.

Preisich Kornél: Igen bonyolultnak mondja jogosan Kovács előadó azon kérdést, mely a ser. és tbc. közötti összefüggésre vonatkozik; ennek a bonyolult kérdésnek tisztázásához akar hozzájárulni, de előadásával ezt nem látja igazoltnak. Előadó előtt a kérdés nem tűnt volna fel oly nagyon bonyolultnak, ha eleve praecisiorra volna, hogy milyen pathológiai állapotokat, vagy milyen körjelenségekkel felruházott folyamatokat akar mint scrophuláz állapotokat vagy folyamatokat a tbc.-től megkülönböztetni vagy azzal kapcsolatba hozni; erre nézve vagy Baumgartennek, vagy Czernynek álláspontjára kellett volna helyezkednie. Ő azonban e helyett, mintegy mindkét álláspontot látszik magáévé tenni és azonkívül még egy pyogen scrophulosist is felvesz. Baumgarten álláspontját klinikusok és pathologusok is mindinkább elhagyják, mert azon, régebben scrophulázának mondott mirigy- és csont- stb. folyamatokat, melyekből a tbc.-baccillus az esetek csekély százalékának kivételével kimutatható, joggal a tuberculosishoz lehet csak sorolni. Ezzel szemben klinikusok és pathologusok mindinkább Czerny álláspontját fogadják el és scrophulosist neveznek egy constitutiót, mely a Czerny által felhozott symptomákkal van felruházva. Szólok magának a ser. lényegéről és viszonyáról a tuberculosishoz, következő képet alkotja: tuberculosus szülők gyermekei egészségesen születnek, luetikus szülők gyermekei is egészségesen születnek. Ugyanígy alkoholisták gyermekei egészség tekintetében miben sem különböznek egészséges szülők újszülöttjeitől,

illetve csecsemőitől és mégis van közöttük lényeges különbség és ez az, hogy előbbiek ellentálló képességének mértéke infectiosus anyagokkal szemben kisebb, mint az egészséges szülők gyermekeié. Intercurrens betegség, bárminő legyen az, származzék a száj, légutak, vagy tápasatorna bántalmazásból, a milyen csecsemőknél könnyen adódik, nagyobb reactiót kelt tuberculosus, luetikus vagy alkoholista eredetű csecsemőknél, mint egészséges szülők szülöttjeinél; az ilyen sokszor jelentéktelen folyamatok ismétlődése vagy tartóssága mellett a nyirkmirigyek kisebb vagy nagyobb fokú hyperplasiát szenvednek, mely sokszor klinice alig konstatható, de elégségesek ahhoz, hogy a regionaer nyirkpályákban pangás álljon elő, ennek következtében újabb edényágulások és a megfelelő nyákhártya-stomaták nagyobbodása. A nyirokpangás következtében a megfelelő szövetek rosszabbul táplálkoznak és ezzel az is jár, hogy ezen szöveteknek ellenálló képessége infectiókkal szemben csökken. Az ilyen szövetekkel bíró gyermekek ép úgy ki vannak téve a tbc. fertőzés gyakori esélyeinek, mint egészséges gyermekek, de ellenálló képességük kisebb lévén, gyakrabban lesznek ténylegesen tuberculosus-sakká; csak ebben látok összefüggést scrophulosis és tbc. között; valamint tuberculosus baccilusok, úgy pathogen mikroorganizmusok is gyakrabban teszik betegé az ilyen szervezetet.

Az előadó dolgozatának másik felét illetőleg szóló csak egy megjegyzést akar tenni és ez az, hogy a mikor az alimentáris fertőzésnek orális útjáról beszél, ezeket mondja: „indítatva érzem magam ezen alimentáris infectio szempontjából nem méltatott fertőzési kapura irányítani a figyelmet”, erre nézve szóló bátor előadó szíves figyelmét felhívni arra, a mit Schütz kartárssal 1901-ben az Orvosi Hetilap 47. számában megjelent dolgozatukban írtak.

(IV. rendes tudományos ülés 1904. január 30-dikán.)

Elnök: Bókay János; jegyző Illyés Géza.

Elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Kovács József, Erőss Gyula, Perényi Dezső tagtársakat. Jelenti, hogy az egyesület könyvtára részére beérkezett Goldzieher Vilmos „Beitrag zur Therapie der gonorrhoeischen Hornhautschwörungen“ és „Ein ketzerischer Bischof der Renaissance“ című dolgozata. Köszönettel vétetnek.

A discussio befejezése Kovács József „Gümökóros fertőzés“ című előadása felett. Az előadó zárszava.

Kovács József: Mielőtt a discussio folyamán történt felszólalásokkal külön-külön foglalkoznék — minthogy a t. felszólalók első sorban a scrophulosisra vonatkozó felfogását tették discussio tárgyává és ez ellen merült fel a legtöbb ellenvetés, czélszerűnek tartja röviden összefoglalni azokat a momentumokat, a melyek ennél a kérdéssel reá irányítólag hatottak.

Pertik tanár az ő szombati felszólalásában, a melyért neki mindenkor a legmelegebb hálával tartozik, rámutatott arra a nagy ellentétre, a mely a scrophulosisra vonatkozólag egyrészt Baumgarten, másrészt Czerny álláspontja közt van; ez azonban kiegyenlíthető állapottal volna, ha arról lenne szó, hogy ez a nagy ellentét csak a körboncztan és klinika közt forog fenn; csak hogy a scrophulosis lényegére vonatkozó felfogás semmivel sem egyöntetűbb maguk a gyermekorvosok között sem: mert míg Czerny, Seiffert azt mondják, hogy a scrophulosisnak semmi köze a tuberculosishoz, addig Neumann és mások szerint a kettő identikus. Berend, a mint hallottuk, szintén local-tuberculosist mondja a scrophulosist, holott ebben a kérdésben munkatárs, Preisich, megint Czerny álláspontjára helyezkedik és az a kép, a melyet ő magának a scrophulosisról és annak a tuberculosishoz való viszonyáról alkot, egészen megegyezik azzal, a mit szóló lymphaticus constitutio alatt kíván összefoglalni.

Már most, t. orvosegyesület, vajjon kinek a részén van itt az igazság és hogyan igazodjunk el ebben a zűrzavarban?

Pertik tanár úr egyelőre Czerny klinikai álláspontját javasolta, s tényleg a praktikus paediatría szempontjából ez volna a leegyszerűbb, de mikor szóló előtt a scrophulosis-kérdés fejtegetésénél kiindulási pont és iránytű gyanánt annak a tuberculosishoz való viszonya lebegett, joggal kérdezi 1. hogy vajjon mind az, a hol a Czerny-féle egy-két, vagy több scrophulosis jelenség észlelhető, a tuberculosis szempontjából is scrophulosis-e? 2. hogy csakis a scrophulosis-e az ugyancsak ezen szempontból, a hol a Czerny-féle körjelenségek kifejezésre jutnak? Erre természetesen a válasz nem lehet igenlő, és épen ezért jutott arra a conclusiorra, hogy a scrophulosis elnevezés a tuberculosishoz való kapcsolat szempontjából helyettesítendő volna a constitutio lymphatica által, a mely congenitalis, anatómiai dispositiót jelent, és legtöbbször összeesik a Czerny-féle scrophulosissal, ha mindjárt nem is fedik egymást. Már a multkor részletesebben fejtegetett experimentalis tapasztalataim kívül ezek voltak azok az indokok, a melyek alapján a scrophulosis kérdését szőnyegre hozta és a melyek következtetése levonásánál befolyást gyakoroltak rá. Már most lássuk azokat a bizonyítékokat, a melyekre támaszkodva ő a régebbi hypothetikus felfogást a nyákhártya átjárhatóságára nézve pozitív alapra fektette; itt különösen Berend az anatómiai alap hiányát difficultálta, és Bloch vizsgálataira hivatkozva, a Disse által szolgáltatott histológiai alapot megdöntöttnek tekintti. Mindenesetre az volna az ideális bizonyítási eljárás a nyákhártya átjárhatósági fokának meghatározásánál, ha azt, akár a filternek porusait, matematikai pontossággal mérni lehetne, de mivel histológiai praeparatumaik áttanulmányozása arról győzte meg, hogy a bizonyítás ezen módja ez idő szerint kivihetetlen, rá vagyunk utalva más természetű bizonyítékokból való következtetésre; ha egy állat tápasatornája beviszünk mikrobákat és több órával

azok bevitele után azok a mikrobák a megfelelő bélszakaszok hozzátartozó nyirkmirigyekben megtalálhatók, s hangsúlyozza, hogy csakis itt és sehol sem másutt a szervezetben, majd pedig napokkal vagy hetekkel utóbb ezen nyirkmirigyek megbetegedése is bekövetkezik, úgy ez a kísérleti tapasztalat feljogosít arra a következtetésre, hogy ennek az állatnak bélnyákhártyája ezeknek a mikrobáknak átjárható volt, mint-hogy pedig ez a kísérleti tapasztalat sokkal gyakrabban ismétlődik a fiatal malacznál, mint az öregebbnél és az öregebb malacznál megint gyakrabban, mint a nyulaknál, akkor annak a következtetésnek a levonása is természetesen, hogy ez az átjárhatóság legnagyobb a fiatal malacznál és legkisebb a nyulaknál. Ezzel kapcsolatban Berend, és különösen Detre azt az ellenvetést teszik, hogy szóló a virulentiát teljesen neglálta és utóbbi ad absurdum következőkép bizonyít ellene: „Ha három tengerimalacz közül az elsőt lépene gyengített fájával, a másodikat középvirulentiájú, a harmadikat pedig egészen virulens bacillussal fertőzzük: akkor az elsőben helybeli leukocytaris folyamat fejlődik csak, a másodikban a bacillus esetleg már a mirigyig eljut és itt pusztul el végleg, végül a harmadikban már pár óra múlva a mirigyen át a vérbe is eljut. Az előadó theoriája szerint az első állatnak nyirkutai szűkek, a másodiké középtágak, a harmadiké tágak, nyitottak, legalább is arra a deductiora juthatna az, a ki mechanikai magyarázattal megelégszik stb.“

Detre tagtárs úrnak ez az analogiája semmiképp sem szerencsés, mert az ő eseteiben megtörtént könnyű, középsúlyos és súlyos fertőzésekről van szó; szőlőnél ellenben, ha a legvirulensebb bacillust visz be a bélsatornába, ez még nem jelent infectiót, attól még távol vagyunk. De hogy mennyire téves szempontból ítéljük meg Berend és Detre az ő következtetéseit, azt a következő fundamentális jelentőségű kísérleti tények igazolják (l. Deutsche m. Wochenschr. 34. sz., Behring kasseli előadása). Ha egy fiatal malaczba virulens lépfenét visz be, az bejut a vérbe és az állat elpusztul; ha avirulens lépfenét visz be, az is bejut a vérbe, bár az állat meg sem betegszik; az öreg malacznál sem a virulens, sem az avirulens bacillus nem jut a vérbe és az állatra semmiféle befolyással nincs. Ezek a kísérletek eléggé meggyőzők a mikrobáknak a nyákhártyán való áthatolásánál, hanem első sorban a nyákhártya átjárhatósága; a virulencia foka igenis fontos és érvényesül is, de csak a megtörtént infectio után, és e mellett szólnak az ő vizsgálatai is. A pyogen mikrobák és a tuberculos-bacillusok iránt a szokásos laboratoriumi fertőzési eljárásokkal testsúly szerint dosirozva nem lényegesen nagyobb a malacz fogékonysága, mint a nyúlé, ellenben az alimentar fertőzésnél, tehát a nyákhártyán át való fertőzésnél ez a különbség óriási válik. Ennek az óriási különbségnek az oka nem lehet más, mint a nyákhártya különböző permeabilitási foka, és hogy itt nem különböző cellularis dispositioról van szó, a mellett szól 1. hogy a pyogen mikrobákkal praeparált nyulaknál az előrement pyogen infectio a gümőkóros fertőzésnek a tápcsatornán át való bekövetkezésére semmiképpen sem folyik be, 2. hogy a fiatal állatoknál e sokkalta gyakoribb intestinalis infectio mellett a sokkalta ritkább bélfekélyeket észleljük, holott a fiatal állatoknál a szövetelemek a bélben bizonyára kisebb resistenciával bírnak, mint az idősebbeknél. Végül nem hagyhatjuk említés nélkül azt az észleletet, hogy valahányszor egyik-másik nyirkmirigyben röviddel a fertőzés után sikerült gümöbacillusokat kimutatni, azok soha leukocytákba zárva nem voltak, hanem szabadon feküdtek. Ez is egy olyan körülmény, a mely, ha nem is abszolút becsú, az egyszerű mechanikai magyarázat mellett szól. Ezek azok a kísérleti tények, melyekre támaszkodva ma is fenn kell azt a következtetést tartania, hogy a bélnyákhártya permeabilitási foka species, kor és egyén szerint különbözik, és hogy ez képezi a döntő factort az intestinalis fertőzés létrejötténél.

(Vége következik.)

Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(1903. április 30-diki ülés.)

Elnök: Réczey Imre; jegyző: Dapsy Viktor.

(Polyt.)

1901. októberben ezt Debreczenben megoperálták. Egy évvel az előtt a bal könyök táján, az epigastriumban, valamint a köldök alatti tájon egy-egy daganat keletkezett. Az utóbbi koronányi nagyságra nőtt; két hónap fennállás után magától mulott el. A könyökön és az epigastriumban üllő tumorok ellenben gyermektenyéryiek lettek, a bőr felszine fölé körülbelül 1 cm.-nyire kiemelkedtek s kifehélyesedtek. 1902. augusztus havában ezeket is megoperálták. Az epigastriumban üllő 1 hónap alatt gyógyult, a könyökön üllő a hegben mindjárt kiújult s a heg felett üllő bőrre is ráterjedt. Ugyanakkor bal felkarja belső oldalán is keletkezett daganat. A vizketés most nem bántja annyira. Ha a daganatokat vízzel mossa, kellemetlen, égető érzése van. Az alacsony termetű, mérsékeltén táplált férfibeteg belső szervei épek. Léptompulata normális, alsó csúcsa ki nem tapintható. Bal csipőizülete csontosan rögzített, trochanter felett behúzódottnak heg látható. A bal könyök háti oldalán műtési heg nyoma látszik a könyökcsúcsra s az alkarra kiterjedőleg. Ezen heg felső végén a felkarra ráterjedve, 6—8 cm. átmérője, ovális alakú, a bőr felszine fölé 3 cm.-re kiemelkedő, alapján kissé keskenyebb, kékes-vörös terimenagyobbodás fekszik. A terimenagyobbodás felülete hámtól fosztott, nedvedző szélei karélyozottak, rajta barnás-

sárga pörkök foglalnak helyet. A daganat túlsarjadzás képét nyújtja, tömött tapintatú. Vérékeny, fájdalmas. Ezen daganat felett a felkaron két daganat van, melyek közül az alsó az előbb említett közvetlenül érintkezik, 2 cm. átmérőjű, hámtól fosztott, a felső 3 cm. átmérőjű, részben még hámmal fedett. Külemük épen olyan, mint a fent leírté. A jobb felkar belső oldalán, annak körülbelül közepe táján hasonló, 4 cm. átmérőjű, 2 cm. magas, lapos, hámtól fosztott daganat fekszik. A jobb kar hajlító oldalán, a felső harmadban, 3 cm. átmérőjű, az ép bőr felé laposan elterülő hasonló daganat foglal helyet, melynek felülete necrotikus, szürkés-fehér cszafatokkal borított. A bal csipő felett 10 cm. hosszú, szabálytalan heg látható. Ugyanilyen 3 cm. hosszú heg van az epigastriumban is. A beteg egész teste, kivéven az arcot, kezeket és talpat, eczemaszerű hámló, pikkelyedző, sárgás-vöröses kúteggal van borítva, a melynek színe újbonyomásra nem tűnik el. A kúteg kisebb-nagyobb, fillérnyi-tenyérnyi foltok alakjában terül el a test felületén. A bőr a kúteg által szabadon maradt területeken száraz, ráncos, itt-ott berepedezett. Elszórtan a háton és karon mintegy 10—15 kölesnyilenesényi, a subcutan szövetbe ágyazott göbese tapintható. Vértvizsgálat: 4.320.000 vörös vérsajt, 6342 fehér vérsajt; 30% haemoglobin, 112 fehér vérsajt közül polymorphmagú neutrophil 81, átmeneti neutrophil 12, kis lymphocytá 3, nagy lymphocytá 5, eosinophil polynuclearis 2, szétcső fehér vérsajt 9, igen sok extra- és intracellularis vérlemezke. A daganat bakteriologiai vizsgálata negatív volt. A legkülönbözőbb táptalajokon foganatosított oltások sterilek maradtak.

2. K. J., 48 éves, napszámos. Felvételt 1903. április 22-dikén. Atyja ismeretlen betegségben 64 éves korában, anyja typhusban 48 éves korában halt el. 18 éves korában nősült. Felesége él, egészséges. Két gyermeke volt, a kik közül az egyik fél éves korában ismeretlen betegségben meghalt, a másik most 21 éves, egészséges. Luest tagad; nem köhög, mindig egészséges volt. 12 évvel azelőtt nagyfokú viszketőség bántotta, bőrén, különösen mellén piros foltok keltek, a melyek majd elmúltak, majd ismét visszatértek. Három év óta a foltok egész testére kiterjedtek, többé el nem múltak. Fél év óta a tenyerén, talpán és arcán is felléptek. Egy év előtt jobb hónaljában mogororányi csomót vett észre, mely azóta folyton nőtt, a míg jelen nagyságát elérte. Fél év előtt ezen daganat kisebbedett. Jobb alhasi táján három hónap óta van daganata. A magas termetű, erősen lesorványodott halvány férfibeteg mellkasi szervei épek, léptompulata normális, a lép alsó polusa ki nem tapintható. Jobb hónalja alatt mintegy gyermekfejnyi, laposra nyomott, az egész hónaljot kitöltő, kocsonyás, sötétkekes-vörös, hámtól fosztott nedvedző daganat fekszik, a mely barázdák által több apró lebenykére van felosztva. A daganat tömött tapintatú, vérékeny, úgy spontán, mint nyomásra is fájdalmas. A pectorialis alatt a nyirkcsomók körülbelül ökölnyi convolutuma tapintható. A jobb alhasi tájon a bimbóvonal meghosszabbításában egy gyermektenyéryi, a környeztet felé laposan széterjedő, sötétpiros színű, 2 cm. magas, hámtól fosztott, helyenként necrotikus cszafatokkal fedett nedvedző terimenagyobbodás van. A beteg egész testén kisebb-nagyobb, lenesényi, sötétkekes-vörös lapos kiemelkedések, infiltrációk láthatók, a melyek sötétvöröses elszínesedett hámmal vannak fedve. Más helyütt a beszűrődések erősen hámló, pikkelyedző, berepedezett hámmal fedettek. Közben vakarások helyei látszanak a száraz, ráncos bőrön. Nagyon feltűnőek ezen elváltozások az arcon; a bőrbeli infiltrációk s a mely ráncok, melyek közöttük képződtek, az arcnak feltűnően merev kifejezést kölcsönöznek; a beteg lázas, esténként 38, 39 sőt 40° C. hőemelkedései vannak. Vizelete kóros alkatrészeket nem tartalmaz. Vértvizsgálat: 2.675.000 vörös vérsajt; 13.281 fehér vérsajt; 100 fehér vérsajt közül polymorphmagú neutrophil 80, átmeneti neutrophil 5, kis lymphocytá 6, nagy lymphocytá 3, szétcső fehér vérsajt 5, eosinophil polynuclearis 1, sok intra- és extracellularis vérlemezke. A daganat bakteriologiai vizsgálata negatív eredményt adott, csak egy-két természetesen nőtt ki staphylococcus pyogenes aureusnak néhány coloniája, a mely mindezek szerint másodlagosan jutott a kifehélyesedett daganatba.

A pancreas izolált lött sebe.

Dapsy Viktor: A pancreas sérülése mely és jól védett helyzeténél fogva ritkán fordul elő. A mirigyet elől a máj, gyomor és belek, hátul a gerincoszlop, a vesék és a nagyedények csaknem teljesen fedik, s így könnyen érthető, hogy izolált sérülése a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Különösen áll ez a pancreas nyílt sérüléseire vonatkozólag, melyek legtöbbször lövés után jönnek létre. Az irodalomban nem is talált erre példát. A Körte által összegyűjtött hat eset mindegyikében súlyos melléksérülések álltak fenn a máj, lép, tüdő, gyomor és szív részéről s ezen komplikáló sérülések okozták a betegek halálát. Hogy azonban izolált nyílt sérülések mégis létrejöhetnek, ezt ugyancsak Körte erre vonatkozó hullavizsgálatai mutatják és azt bizonyítja ezen eset is, melyet most mutat be.

Az eset egy 33 éves nőre vonatkozik, a ki öngyilkossági szándékból kétszer magára lött. A mentők 1903. márczius 5-dikén éjjel szállították be a Réczey tanár vezetése alatt álló klinikára. Megvizsgálva a beteget, kitűnt, hogy a bal epigastriumban a középvonaltól 1 cm.-nyire kifelé a 8. borda magasságában egy 1½ cm. átmérőjű, kerek, pörkölt szélű anyagihiány foglalt helyet, mely löporszemcsékkel behintett udvarral van körülveve. A jobboldali bordaívától ugyancsak a 8. borda magasságában egy 2 cm. széles, 4 cm. hosszú, hámtól fosztott csik fut harántul az előbb említett anyagihiány felé. A epigastrium nyomásra igen érzékeny, a hasizmok erősen meg vannak feszülve. Beteg néhány-szor csuklott, nem hányt. Pulsus elég feszes, telt, percenként 74. Sensorium ép. Beteg előadja, hogy egész nap egy csésze csokoládén kívül egyebet nem evett, este 9 órakor lötte meg magát, a revolvert

két kézzel fogva sütötte el. Vetkőztetésnél ruhái ránczaiból egy 9 mm.-es revolvergolyó hullott ki.

Figyelembe véve az előbb vázolt tüneteket, felvettük, hogy az első lövés tangentialis irányban érte a hasfalat s okozta a harántul futó, hámtól fosztott csikot, és hogy a második lövéssel a golyó átfúrta a hasfalat s a hasüregbe jutott. Tekintettel a bemeneti nyílás helyére, a gyomor, esetleg máj sérülésére lehetett gondolni, s ezért azonnal hozzáfogtak a laparotomiához. Schleich-anaesthesiával a processus xiphoideus-tól kiindulólág a középvonalban ejtett metszéssel nyitották meg a hasüreget. A lőcsatorna a bal rectus mediális szélén kissé felfelé haladva épen a középvonalban haladt a hasüregbe. A peritoneum megnyitása után feltűnik, hogy a máj bal lebenye kisebb a rendesnél, s a processus xiphoideuson alig terjed túl. A gyomor üres, összeesett, sérülésnek semmi nyoma rajta. Lebúzáva a gyomrot, az igen vékony, zsírszegény ligam. hepato-gastricumon, egy ujjnyira a curvatura minoról, egy repedés látható, melynek szélei ötkoronásnyi területen véralvadékkal inbibáltak. Ezen résen a gyomor lemosásakor élénk vérzés áll elő. Tompán tágitva a részt, a vérzés okát keresték. A máj hátsó felszíne teljesen ép; a peritoneum hátsó lemezén át a pancreasban egy ujjat befogadó rést sikerült kitapintani s ezen résben egy kemény tárgyat, mely teljesen be volt ágyazva és a projectilnek megfelelt. Az ujjat e résbe nyomva, a vérzés teljesen megállt. A hegyes kampóval sikerült a projectil eltávolítása, a mely után fellépő igen élénk vérzés két körülöttéssel teljesen meg volt szüntethető. A hashártya hátsó lemezét a pancreas sebe felett összevarrták s az omentum vérral imbibált részeit resekálták. Hastoilett és a lőcsatorna falának kiirtása után a hasfalat három etageban zárták.

Betegnek a műtét után két nap múlva volt először széke. A hasfalak égési sebei miatt kétnaponként változtatták a kötést. A seb-vonalon semmi reactio. Hőmérséke az első nyolcz nap alatt 37.2—38.3° C. között ingadozott. Vizelet többször lett cukorra negatív eredménnyel vizsgálva. Nyolcz nap múlva a varratok eltávolították, seb per primam gyógyult. Nyolczadik nap este a hőmérsék felszállt 39.1° C.-ra. Tizedik napon beteg nagyon elesett, pulsus gyenge, kis hullámú, száma 80. Beteg levegő után kapkod s nagy nyomásérzésről panaszkodik. Széke rendes, nem hány, nem csuklik. Hőmérsék 38.3—38.8° C. Az epigastriumban a has kissé feszes, érzékeny. Mélyebb hasfali tályogra gondolva, a lőcsatornának megfelelőleg 2 cm. hosszúságban a sebet szétbontották a peritoneumig. Genynek semmi nyoma; tüdőben semmi elváltozás. 12 nappal a sérülés után beteg igen nyugtalan, légszomj, nyomásérzés fokozódik. Délután a kötés teljesen átázik, mire beteg javul, nehézlégzés és a nyomás érzése elmarad. A kötés levételekor kiténik, hogy a seb-vonal szétválasztott részéből bőven ürül zavaros sárgás folyadék, mely erjesztő szagú és határozottan alkalikus vegyhathású. Mikulicz-tampon lesz bevezetve. Következő napokon a bő váladék pancreas-nedvnek bizonyult. Közérzés, étvágy jó, hőmérsék jó, márczius vége felé a váladék mennyisége fokozatosan csökken, azonban még mindig oly bő, hogy naponta kétszer kell kötni a beteget. Április első hetében rohamosan kevesbedik a váladék s 8-dikán, 23 napra a feltörés után, megszűnik ömleni. A sipolynylás 12-dikén záródik. Hasürben semmi resistentia, székletét rendes, beteg erősödik. Jelenleg teljesen gyógyultnak mondható.

Ha már most levonjuk a tanulságot, constatálnunk kell, hogy a pancreas nyílt izolált sérülése előfordulhat, különösen ha a máj bal lebenye kiesiny, a gyomor pedig üres, úgy hogy a pancreas-testet kis területen csak az omentum minus fedte. A projectil kikerülte a gyomrot, májat, áttűtötte az omentumot, s nem sérten meg ott futó nagyobb idegeket sem, a pancreas testébe fúródott. Későbbi lefolyásban a pancreasnak traumatikus pseudocystája keletkezett, mely lázas mozgalmakat, nehézlégzést, nyomás érzését idézte elő, s 12 nappal a sérülés után a hasfalán az előkészített nyíláson áttört s falai összesarjadásával 23 nap alatt gyógyult.

Praeparatum-bemutatás.

Dapsy: Egy praeparatumot mutat be, mely egy 18 éves hajadontól származik, a ki appendicitis tünetei miatt 1903. márczius 18-dikán lett felvéve a 2. számú sebészeti klinikára. Baja egy év előtt kezdődött, mely akkor magas lázak, székrekedés, ileocecalis táji fájdalommal nyilvánult, azóta kisebb intenzitásban kétszer ismétlődött, hasonló rohamai utoljára 6 héttel ezelőtt volt, a mikor csak tompa fájdalommal és székrekedésben jelentkezett és 3—4 nap alatt elmúlt. Ezen idő óta jól érzi magát, bélfunctioi rendesek. Havi baja mindig pontosan és fájdalom nélkül jelentkezett. A beteg vizsgálatánál az ileocecalis tájon a cecumtól ferdén a kis medence felé haladó köteget lehetett kitapintani, mely meglehetősen rugóztat volt és melynek mediális része egy homályosan tapintható resistentiába folytatódik. A diagnosit appendicitisre tették és a processus vermiformis eltávolítását célzó műtétet márczius 23-dikán chloroformnarcosisban Réczey tanár végezte, a mikor kiderült, hogy a processus vermiformis kissé meg volt vastagodva, 12 cm. hosszú, alsó széle a csepleszszel, ez pedig egy gyermekkölnyi dudoros daganattal volt összenőve, mely daganat a jobb oldali ovariumnak felelt meg. A daganat eltávolítása után a processus vermiformis resekálva lett. Előadó bemutatja a gyermekkölnyi daganatot. Nagyjában lóherelevalakú, a mennyiben három vastag falú dudorból áll, melyek közt alul az omentalis összenövésnek között kis mogorónyi 4 göb tapintható. Keresztülmetssze, a négy dudor különálló cystának bizonyult, melyet big tojársa emlékeztető, zsírdús, hajszálakkal vegyes folyadék tölt meg. A tömlők fala egyenlőtlenül dudoros. A legnagyobb mellő cistában egy többnyelvű dudor fészkel, melynek felszíne 10—12 cm. hosszú, hajszálakkal benőtt s tág nyílású faggyúmirigyektől finoman gödörkés. Belsejében csont tapintható. A középső tömlőben egy csupasz, rovátkolt, hegyes nyúlvány mellett három naevusra emlé-

keztető szemölcs ül, melyről szőrszálak esüngenek. Ugyanilyen a harmadik alsó tömlő is, melyben még egy felületes csontlemez érezhető. Ezen tömlő göröcsövi vizsgálat végett eltávolították. A processus vermiformis makroszkopice épnek bizonyult.

Beteg per primam gyógyult s műtét után 4 hétre hagyta el a klinikát. Figyelemre méltó ezen esetben, hogy a dermoid cysta már ilyen kis terjedelemben is mély összenövésekre vezetett a cseplesz és a processus vermiformis részéről s hogy appendicitisre jellemző tüneteket váltott ki.

PÁLYÁZATOK.

220/904. kig. sz.

A bácskúli járásban bekebelezett Kiskér községben lemondás következtében megüresedett **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom az ezen állást elnyerni óhajtozókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában meghatározott képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelendő folyamodványukat hozzám 1904. évi február hó 29. napjáig annál is inkább nyújtják be, mert az azon túl érkezőket figyelembe nem fogom venni.

Ezen állás javadalmazása a következő: 1. 800 korona, azaz nyolczszáz korona évi fizetés. 2. Esetenként 80 fillér látogatási díj. 3. Ha sok a beteg, vagy rossz az időjárás, a községi előfogatos az orvosnak rendelkezésére áll, vagyons betegek látogatására is.

Ezen javadalmazásnak a látogatási díjra vonatkozó része a múlt évi december hó 19-dikén hozott községi képviselőtestületi határozatnak a vármegyei törvényhatóság által leendő jóváhagyása után lép hatályba.

A megválasztandó orvos köteles lesz a közi gyógyszerért jogáért folyamodni.

A választás 1904. évi márczius hó 14. napján d. e. 10 órakor fog Kiskér község-házánál megtartatni.

Bács-Kúla, 1904. január 26-dikán.

Széchenyi Tamás főszolgabíró.

677/1904.

Zalavármegye nagykanizsai járásába bekebelezett Légrad nagyközségben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1200 korona évi fizetés, mely havi előleges részletekben a község pénztárából lesz kiszolgáltatva; egy 51 tűzfifa és a vágatási biztosítási teendők után megállapított díjak.

Nappali látogatásért vényírással a beteg lakásán 1 korona, az orvos lakásán 60 fillér, éjjeli látogatásért ezen díjak kétszerese van megállapítva. Látogatási rendelés nélkül 60 fillér.

Díjmentesen köteles az orvos a halottkémlést teljesíteni, a szegény betegek gyógykezelni és az iskolás gyermekeknek bizonyítványt kiállítani.

Megjegyzem, hogy a község, jelenleg törvényhatósági jóváhagyás alatt álló határozatával, a megválasztandó orvos részére, a községben levő gyógyszerházzal egy épületben kényelmes szabad lakást, kertet, kamarát, padlást és pingvénbiztosított, s a tűzfajáradásokat évi négy öltre kiegyesítette.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtozók, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a alapján felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi márczius hó 20-dikáig annál is inkább beadják, mert a később érkezteteket figyelembe venni nem fogom. A választást 1904. évi márczius hó 21-dikén délután 4 órakor fogom Légrad nagyközség község-házánál megejteni.

Az állás helyettesítés útján azonnal elfoglalható.

Nagykanizsa, 1904. évi február hó 9-dikén.

Viosz s. k., főszolgabíró.

533/904.

A hevesmegyei XVII. közegészségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánó orvostudorokat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám folyó hó 27-dikéig adják be. A választást folyó évi márczius hó 1-én délelőtt 10 órakor Bátor község-házánál fogom megtartani.

A körorvos lakhelye: Eger; javadalmazása 1300 korona fizetés és 200 korona úti átalány; a körorvos tartozik 11 községből álló kerületét kéthetenként egyszer beutazni, s az azon alkalommal jelentkező betegeknek díj nélkül, a háznál látogatásoknál pedig 80 fillér díj mellett rendelni.

Pályázóknak a községbeni személyes bemutatkozása kívánatos, s a megválasztandó orvos állását azonnal elfoglalni köteles.

Pétersvára, 1904. évi február hó 8-dikán.

Drinyey Béla, főszolgabíró.

207/904.

Az üresedésben levő **bajmócsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom tehát mindazokat, a kik ezen Bajmócz, B.-Apáthi, Koczúr, Alsó- és Felső-Sutócz, Dubuicza, Koós, Lazán Poruba és Kanyánka kisközségekre kiterjedő, Bajmócz községi székhellyel bíró, évi 1200 korona fizetés és fuvarátalány-nyal és 400 korona trachomakezelési tiszteletdíj élvezetével egybekötött állást elnyerni óhajtozók, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében szabályszerűen felszerelt kérvényeiket és eddigi működésüket igazoló bizonyítványaikat hozzám legkésőbb folyó évi márczius hó 15-dikéig beadják, mivel a később beérkezőket figyelembe venni nem fogom.

A trachomakezeléshez szükséges szaktanfolyamot végzett egyének előnyben részesülnek. A tót nyelvnek bírása okvetlenül megkívánatik.

A választás határidejéről a pályázók külön fognak értesítettetni.

Privigye, 1904. évi február hó 1-jén.

Fülberger Gyula dr., főszolgabíró.

Ezennel közlirre teszem, hogy **Nyirmada** szabolesmegyei községben, hol gyógyszerház, heti és országos vásárok, takarékpénztár, pénzügyörög, esendörög stb. vannak, az **orvosi állásra** 1400 korona javadalmazással pályázatot hirdetek. A pályázatok két hét alatt Nyirmada község előjáróságához nyújtandók be. Nyirmada, 1904. évi február hó 12-dikén.

Péchy Béla, főbíró.

2620/1904. szám.

A nagybecskereki „József” kórháznál 1000 korona évi fizetéssel, szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állás** megüresedvén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Az ezen állásra pályázók szabályszerűen kiállított kérvényüket, valamint képesítésüket igazoló okmányaitat hozzám f. évi márczius hó 1-jéig sziveskedjenek beküldeni, mert később beérkeztet folyamodványok figyelembe vehetők nem lesznek. Nagybecskerek, 1904. évi február hó 9-dikén.

3-1

Az alispán.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán- gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében. Bókay Árpád, Bárony János, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauter Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kövesi Géza és Róth Schultz Vilmos: Közlemény a Korányi Frigyes dr. egyetemi tanár vezetése alatt álló I. számú belgyógyászati kórodáról. A vesegyuladások terapiája. 108. lap.

Ónodi Adolf: A homloküreg kutaszolása és kiöblítése empyemáknál. 110. lap.

Porosz Mór: A kankó gyógyításáról. Tapasztalatok az acidum nitricumról és a crurinról. 113. lap.

Fialowski Béla: Törvényszéki orvostan. Törvényszéki orvosi esetek. 114. lap.

Tárca. Tihanyi Mór: Orvosok és orvosi tudomány az ókorban. 115. lap.

Irodalomszemle. Összefoglaló szemle. Marikovszky György: A pneumonia serumtherapiája. 116. lap. — Könyvismertetés. Carwardine: Practical surgery. (Erdős Adolf.) — Gilbert et Posternak: La médication phosphorée. (P.) 117. lap. — Lapszemle. Belgyógyászat. Osler: Az idült cyanosis polycythae-

miával és lépmeagnagyobbodással mint új kórkép. — Merklen: Agytünetek oedemák felszívódásakor. — Ritter: Galandféreg elhajtása. — Kisebb közlemények az orvostudományról. Ghezzi: Fersan. — Boss: Gonosan. — Folyóiratok átnézete. 117. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetés. — Tisztiorvosi vizsga. — Markusovszky-előadás. — Az országos közegészségi tanács. — Budapesti orvosi kör országos segély-egylete. — A Ferencvárosi Orvostársaság — A budapesti terézvárosi orvostársaság. — Megválasztás. — Gyakorló orvosok akadémiaja. — Kérelem. — Az olvashatatlanság ellen. — Mentők lapja. — Megjelent. — Hibaigazítás. — Elhunyt. 118–119. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Budapesti kir. Orvosegyesület tüdővész-bizottsága. — Budapesti királyi orvos-egyesület sebészeti szakosztálya.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Korányi Frigyes dr. egyetemi tanár vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kórodáról.

A vesegyuladások terapiája.

Írták: Kövesi Géza klinikai tanársegéd és Róth Schultz Vilmos, volt klinikai gyakornok, nervii orvos.

(Folytatás.)

Hogy tehát az egyes esetben megtaláljuk a helyes mértéket, arra csak egy mód van, meg kell határozni a vese nitrogen-kiválasztókéességét olyan módon, hogy ismert fehérjetartalmú diéta mellett meghatározzuk a vizelettel távozó nitrogen mennyiségét. Tudjuk, hogy a gyakorló orvossal szemben ilyen követelést támasztani manapság lehetetlen. Nem is támasztjuk minden esetben, teljesen compenzált esetekben, a mikor a vese kiválasztó képessége (ha nem is biztosan) valószínűleg alig szenvedett csorbát, el lehetünk nélküle s ugyancsak az olyan súlyos esetekben, a melyekben a diéta rendszabályok úgy sem érnek semmit. De a középsúlyos esetekben, különösen a nephritis chron. parenchym. közép súlyos eseteiben — ez határozott meggyőződésünk — teljesen rationalis diétát csak az említett vizsgálat megejtése s időszakonként való ismétlése alapján rendelhetünk. *Csak úgy, mint a hogy a diabeteses étrendjét esetenként a cukorfogyasztás insufficientiájához arányosítjuk, a melynek mértéke a glycosuria: a vesebajos táplálását a veseinsufficiencia fokához kell mérnünk, a melynek mértéke a retentio.* S talán nem merész dolog megjósolni, hogy eljön az az idő, a melyben a gyakorló orvos a vesebajosok gyógyításánál csak olyan módon nem lesz hajlandó a vese-functio megállapításának s mérésének módszereit nélkülözni, mint a hogy manapság a diabetes kezelésénél nélkülözhetetlennek tartja

a kiválasztott cukormennyiség folytonos vagy időszakos ellenőrzését.

Persze a vesebajoknál a viszonyok sokkal szövődményesebbek. A veseinsufficiencia olyan irányadó s világosan értelmezhető mértéke felett, mint a minő a cukorégetőkéesség elégtelen voltánál a glycosuria foka, nem rendelkezünk. A nitrogenes bomlástermékek kiválasztása a veseműködésnek csak egyik eleme, a mely mellett a többi elhanyagolnunk nem szabad.

A fehérjebomlásterméken kívül a vizelet oldott részeinek zömét sók képezik. Közülük a sulfatok ugyancsak a fehérjéből származnak, mennyiségük s esetleges retentiojuk tehát ugyan-csak a fehérjebeviteltől függ.

Igen gyakori tapasztalataink szerint a phosphorsavas sók nagymértvű retentioja vesebajosoknál, a melynek jelentőségét s közvetlen következményeit ugyan nem ismerjük, a melyet azonban a szervezetre közönyösnek eleve nem tarthatunk. A phosphorsavas sók kiválasztása csaknem ugyanolyan mennyiségben, mint a vese útján, a bélcsatornán át történik s catharsis útján, mint alkalmunk volt meggyőződni, a bélcsatorna ezt a phosphat-kiválasztó tevékenységét fokozhatjuk. A bélbeli phosphat-kiválasztás fokozásának másik eredményes s indifferensebb, tehát sokkal célszerűbb módja, ha a phosphatdús táplálékok mellett — s ilyen a vesebajos diétájában oly nagy szerepet játszó tej is — mészsókat adunk, a melyek a phosphorsavat a bélsárba magukkal ragadják (Noorden).

A vizelet legfőbb sójára, a konyhasóra a vesebajok diétetikájában mindeddig nem fektettek súlyt. Azon nagyobbbrészt uralkodó vélemény alapján, hogy a Na Cl kiválasztás a vesebajok folyamán alig szenved csorbulást (Rosenstein, Fleischer, v. Noorden), s hogy kiválasztása a vese activ munkáját igénybe nem veszi: feleslegesnek látszott minden beavatkozás. Ezzel szemben újabb vizsgálatok arra utaltak, hogy vesebajok folyamán előfordul a konyhasó visszatartása (Bohne, Hoffmann). Saját

tapasztalataink szerint a konyhasó retentioja vesebajok folyamán a vizenyő gyarapodásának állandó kísérője, de előfordul vizenyő nélküli esetekben is. S hogy a konyhasó visszatartása nem közönyös dolog, de olyan anomalia, a mely mélyreható befolyással van a vesebajos szervezetének egész háztartására, s a mely megnyilatkozik elvégre a klinikai tünetekben is, azt a konyhasó-adagolás következő kísérlete demonstrálja szembevetően.

Bő albuminuriával, jelentékeny oedemával járó nephritis acuta esetben, a melyben az anyagcserevizsgálat három napos előperiodusában feltűnő a nagy konyhasó-visszatartás (napi 7-25 gm.), az aránylag csekély napi vizeletmennyiség (mintegy 800 cm³) s a testsúlynak a vizenyő gyarapodásának megfelelő napi 500 gm.-mal való növekedése, a következő 3 napon át a napi konyhasóbevitelt 10 grammal megtoldottuk. Az első s könnyen érthető eredmény az, hogy a nagyobb bevitelnek megfelelőleg sokkal több konyhasó is reked meg a szervezetben, t. i. napi 10-65 gm., azaz csaknem kétszer annyi, mint az előző periodusban. Sokkal feltűnőbb azonban, hogy milyen mértékben nő a víz retentioja! A napi vízretentio csaknem 2 kgm. Ez megnyilatkozik a klinikai tünetekben: a bőrvizenyő rohamosan nő, felterjed a czombra, a hát bőrére; hydrothorax s ascites fejlődik. Ugyancsak a vízretentiót tolmácsolja a periodus végén megcített vérvizsgálat. A míg u. i. az előző szakasz végén a vér fagyáspontcsüllyedése 0.60 volt, most 0.57, azaz a vér felhígult, daczára a nagy konyhasó-visszatartásnak; a felhígulás mellett szól a hydraemiára mutató nagy vérsavófajsúly is (1017), s végre a vérsavó konyhasó-tartalma is sokkal csekélyebb, semmint a nagy konyhasó-visszatartás alapján várható volna, ha azt jelentékeny víz-visszatartás nem kísérné (t. i. 0.64%).

Periodus	Felszívott napi Na Cl	Napi átlagos Na Cl egyenleg	Napi átlagos testsúly-változás	A vér fagy-pontja a periodus végén	Átlagos napi vizelet-mennyiség cm ³ -ekben
I.	11	+7.25	+500	0.60	810
II. bőséges konyhasó	20.41	+13.65	+1933	0.57	920
III.	10.55	+5.14	+1666	0.57	760

Mi a konyhasó-visszatartást kísérő rohamos vízretentio oka? Nem a vizeletár nagyobb megakadása, minthogy a diuresis éppen ezen periodusban nem kisebb, de valamivel nagyobb, mint az előző utóperiodusban. S miután a víz-bevitel az egész idő alatt azonos; az irányadó körülményt csak a vízkiadásnak a vesén kívüli tényezőiben kereshetjük, azaz az insensibilis perspiratióban, a bőrön s tüdőkön át párolgás útján távozó vízmennyiség megesőkkenésében. A perspiratio insensibilisnek a konyhasóretentio folyamán való megapadását megmagyarázni nem nehéz. A bőrön s tüdőkön át folyó közpárolgás olyan physikai folyamat, melyet a külső physikai körülményeken, a környező levegő hőmérsékén s párateltségén kívül, a szervezet vízvonzó, víz-visszatartó ereje azaz osmosisnyomása szab meg. A mily mértékben a szervezetet konyhasóval telítjük, olyan mértékben kell osmosisnyomásának emelkednie, mi sem természetesebb tehát, mint a perspiratio insensibilis csökkenése, s a vízretentio növekedése. A feles konyhasó-bevitel ezen eredménye viszont megerősítésére szolgál *Korányi Sándor* azon felvételének, hogy a vesebajosok a vér fokozott osmosisnyomása arányában physikailag megnehezített börpárolgása a vizenyő képződésének számba jövő tényezője.¹

Még egy más úton járul a nagyobb mérvű konyhasó-visszatartás a víz felhalmozódásához a szervezetben. Olyanképpen, hogy nagyobb szomjúságot vált ki. Hogy a vesebetegek szomjasak, sokat isznak, ismert tény, melyet különösen *Rosenstein* hangsúlyoz. A szomjúság bő konyhasóadásánál különösen erősen jelentkezik s arra kényszerít, hogy a vízbevitelt növeljük. Az előbbi esetben sikerült a nagyobb vízbevitelt elkerülnünk, s éppen ezért tanulságos ezen eset, a melyben minden zavaró momentumtól menten észlelhetjük a konyhasótelített szervezet nagyobb víztartó erejét. Viszont más esetünkben elkerülhetlen volt a vízadag emelése, mely a hiányos vízkiválasztás mellett ugyancsak hozzájárult a vizenyő gyarapodásához.

A konyhasóbevitelt tehát nem szabad a vesebajosoknál szabadjára hagynunk, első sorban nem vizenyős vesebajosoknál, a

kiknél a konyhasó bennrekedés a vizenyő gyarapodásának számbajövő factora, de vizenyőmentes vesebajosoknál sem, a kiknél ugyancsak előfordul a konyhasó retentioja, s alkalmul szolgálhatna arra, hogy a szervezet eddig ép vízforgalmában zavart váltson ki.

A konyhasóretentio elkerülése könnyebb, mint a nitrogen-retentioé. Könnyebb azért, mert a míg a fehérjeadag leszállításánál csakhamar elérünk ahhoz a minimumhoz, a melynél alább szállva a szervezetet egyéb módon — t. i. élő fehérjeállománya fogyasztása által — veszélyeztetjük: addig a konyhasóadag szűkre szabásánál kezeink nincsenek ilyen módon megkötve. Zsugorodó vesénél a compensatio szakában a konyhasó-visszatartás egyáltalán ritkán s csak nagyobb bevitelnél észlelhető. Itt tehát elég lesz a túlságosan sós ételeket kiküszöbölni. Vizenyős esetekben a Na Cl-retentio elkerülése fontos érdek. Anuriás vagy nagyon oliguriás esetek persze itt sem képezik a diätetikai kezelés alkalmas terrainumát s a diätetika leghatározottabb jelentősége a Na Cl-adagolás kérdéseiben is a középsúlyos esetekben jut. Ezen esetekben a kiválasztható konyhasó mennyiségét közelítőleg megszabhatjuk a diuresis nagyságából. Tekintve, hogy a vesebajos csaknem mindig képes annyi konyhasót kiválasztani, a mennyi a vizelet 0.4–0.5%-a: nagyobb részt elejét vághatjuk a Na Cl-retentionnak az által, hogy legfeljebb annyiszor 1/2 gm. Na Cl-t adunk betegünknek, a hányszor 100 cm³ a napi vizeletmennyiség ilyen módon 1000 cm³ napi diuresis mellett a megengedhető Na Cl-adag 5 gm. volna. A konyhasóbevitel korlátozása könnyen kivihető (más szempontokból egyébként korántsem ideális) tejdiéta mellett; a tejben u. i. igen kevés a konyhasó, pl. csak 3–4 liter tejben foglaltatik a fenti példa 5 grammja. A konyhasó megengedhető mennyiségének megszabásánál tehát nem támasztunk olyan követelést, mint a fehérjeadag megállapításánál. Az utóbbit nézetünk szerint csak a vese N-kiválasztó képességének egyenes vizsgálása útján szabhatjuk meg észszerűen, míg a Na Cl adagolásában elég támaszt nyújt a vizeletmennyiség számbavétele.

* * *

Fontos s a legújabb időkig kevésbé méltányolt feladata a vesebajok diätetikájának a *vízfelvétel szabályozása*.

Hogy a vesebajos folyadékbevitelét ellenőrizendő, szabályozandó, azt eddig legnagyobb részt csak a „vesék átmosása“ indicatiójából, tehát a bő folyadékfelvétel mellett foglalva állást hangsúlyozták. *Senator* pl. a chronikus nephritis gyógyításának tárgyalásánál különösen kiemeli a bő folyadékfelvétel jelentőségét. A folyadék bővebb felvételének célja — mondja *Senator* — nemcsak a szomjúság oltása, de egyszersmind a vesék átmosásának feladatát kell teljesíteniök.² S hivatkozik *Hartmann* és *Rosenfeld* vizsgálataira, melyek szerint vízelvonás s fehérjedús táplálék már egymagukban képesek veseizgatást s albuminuriát előidézni s *Bamberger* klinikai vizsgálataira a vízelvonás káros s a bő folyadékfelvétel kedvező hatásáról vesebajosoknál. Az utóbbiakból csak az derül ki kielégítő valószínűséggel, hogy a folyadékfelvétel jelentékeny megszorítása tényleg hátránnyal járt a kísérleti egyénre, minthogy csökkentette a húgyany kiválasztását s emelte az albuminuriát. A folyadékbevitel túlságos korlátozásának helytelen volta egyébként legjobb illustratióját abban nyeri, hogy a vesebajos nem képes mély fagyponthú, tömény vizeletet szolgáltatni; a miből folyik, hogy kevés víz kíséretében kevésbbé képes az oldott vizeletrészek kiválasztására mint sok víz kíséretében. De a kryoskopia eredményeinek számbavétele ugyanilyen módon világot vet a túlságosan bő folyadékfelvétel káros jelentőségére is. A legtöbb vesebajos — kivételt e tekintetben csak a zsugorodó vese teljesen compensált esetei képeznek — a nagyon híg, a vérével bizonyos értékkel kisebb fagyáspontcsüllyedésű vizelet elválasztására is képtelen s ha ezeknek annyi vizet adunk, a mennyi a kiválasztható oldott részekkel szemben aránytalanul sok, azaz a vizelet túlságos felhígítása révén juthatna csak kiválasztásra, úgy ennek fölös része a szervezetben reked, felhígítja a vért, belejut a szövetekbe, vizenyőt, s hydraemiát okoz. Hogy a híg vizelet elválasztására képtelen, oliguriás, vizenyős vesebajosnál a „vese átöblítése“, „a szervezetben rekedt bomlástermékek ki-mosása“ céljából ajánlott bő folyadékfelvétel nemcsak merőben

¹ A. v. *Korányi*: Beitr. Zur Theorie und Therapie der Niereninsufficienz. Berl. klin. Wochschrft, 1899. *Kövesi* és *Róth-Schulz*: A veseinsufficienzia pathophysiologiája. Orvosi Hetilap, 1903.

² *Senator*: Erkrankungen der Nieren. Wien 1896.

czéltalan, de határozottan káros kísérlet, azt élénken demonstrálja a következő eset:

Egy kiterjedt bőroedemával járó nephritis parenchym. subacuta esetben az állandó diatára helyezett beteg folyadékfelvételét, a mely az anyagcserevizsgálat I. periód.-ában összesen 2200 kcm. (leves, tej, Salvator-víz), a II. periód.-ban 4 üveg Salvator-víz hozzáadása által 4000 kcm.-re emeltük.

Feltűnő, hogy a bő folyadékfelvétel a vizelet mennyiségét és összetételét milyen kevésbé változtatja meg. A N-retentio a bő folyadékfelvételtől befolyásolatlanul periodusra növekszik. A konyhasóviszogatás a középső szakaszban alig észrevehetőleg kisebb, mint az elő- s utóperiodusban. Csak a phosphat-retentio csökken a bő folyadékfelvétel folyamán, a mi azonban nem „kimosás”, de azon véletlen körülmény következménye, hogy ezen szakaszban nagyobb a phosphorsavnak a bélsárral való excretioja. A legmeglepőbb az, hogy a bő ásványvízivás (1800 kcm. a bevitt folyadék többlete) az előző szakaszhoz képest alig (csak 40 kcm.-rel) gyarapítja a vizelet mennyiségét. A szervezet az összes feles vizet visszatartotta, minek megfelelőleg a vizelet fagyáspontja is u. a. marad, emígy jelezve a vese hígítási képességét. A molecularis diuresis a három szakaszban csaknem szám szerint azonos.

Periodus	Napi átlagos N-egyenleg	Napi átlagos Na Cl egyenleg	Napi átlagos P_2O_5 egyenleg	Napi átlagos vizelet-mennyiség	Átlagos Δ	Átlagos molecula diuresis	Napi átlagos fehérje N.	Napi átlagos testsúly-gyarapodás a periódus végén
I.	+1	+6.89	+2.37	1470	0.73	17.56	2.18	gm. +660 0.66
II. Bő vizivás	+1.48	+6.23	+0.55	1513	0.73	17.92	2.17	+1630 0.62
III.	+3.73	+6.98	+1.82	1430	0.72	16.80	1.48	+466 0.66

Az albuminuriára sincs befolyással a bő folyadékfelvétel. Csak két tekintetben mutat a 2. periódus feltűnő eltérést az elő- s utószakasztól. Egyrészt a vízretentiót kifejező napi testsúlygyarapodásban, mely az elő- s utószakaszban csak napi $\frac{1}{2}$ kgm., míg a bő folyadékfelvétel szakaszában napi *hátfél* kgm.-ot tesz ki, a minek megfelelőleg ezen szakaszban a vizenyő is rohamosan gyarapszik. Másrészt abban, hogy a vér fagyáspontsüllyedése, molecula concentratioja a bő folyadékfelvétel folyamán megeszkicken, a mi könnyen beláthatólag ugyancsak a vízretentio kifejezése.

Mindent összefoglalva, a bő folyadékfelvétel hatását a vizenyős vesebajos szervezeti háztartására úgy jellegezzük, hogy a szilárd részek kiválasztását előmozdítani, azok retentioját csökkenteni nem képes, ellenben a felvett folyadék arányában növeli a vízvisszatartást s ezzel egyrészt a hydraemiát, másrészt a vizenyőt.

Ezen eset s hasonló tapasztalások félremagyarázhatatlanul arra utalnak, hogy olyan vesebajosoknál, a kiknek vízkiválasztó s hígító képessége szenvedett, a vízbevitel ellenőrizendő s a vese functióképességéhez mérten korlátozandó. Az ilyen vesebajosnál egészen hiába törekednénk bő folyadékfelvétel útján a bomlástermékek kimosására s a vese átmosására. Az előbbi czélt, mint mindjárt látni fogjuk, még sokkal kedvezőbb körülmények között, t. i. ép vízkiválasztóképeségű vesebajosoknál is hiába reméljük. S hogy a veséket az a víz, a melyet kiválasztani nem képesek, a mely a szervezetben reked, át nem mossa, pleonasmus hang-súlyozni. Ha idején fel nem adjuk az ez irányú hiába való kísérletezést, csak a vízvisszatartást, a vizenyőt növeljük s velük a beteg általános állapotát s a betegség lefolyására olyan irányadó szív működését veszélyeztetjük. Attól, hogy a vízbevitel korlátozásával vizenyős vesebajosnál a túlságba megyünk, sosem kell fél-nünk. Megóv ettől a hyperosmosisos vérű beteg fokozott szomjúsága, a mely rendszeren még azt sem engedi meg, hogy a folyadékbevitel megszorításában, hogy a szükséges határig menjünk. Egyébként biztos irányítást nyújt ezen tekintetben a vizelet mennyisége. Hagyjuk vesebajosunkat a megfigyelés első napjaiban ad libitum inni, a mikor biztosak lehetünk, hogy több vizet vesz be, mint a mennyinek kiválasztására képes, s hogy ilyen módon alkalmat nyújt azon *maximalis* vízmennyiség megfigyelésére, a melyet kiválasztani képes. Tekintve, hogy a folyadékfelvételnek (a szilárd táplálék víztartalmát nem számítva) mintegy 70 százaléka (*Bartels*) jut a vesék útján kitakarításra, a vizeletmennyiséget mintegy fele értékével kell megtoldanunk, hogy tájékoztató számadatot nyerjünk ama vízmennyiség iránt, a melyet a vesebajos szervezetébe a vízretentio növelésének veszélye nélkül bevihetünk. Az olyan vizenyős vesebajos folyadékadagja, a kinek napi vizeletmennyisége 1000 kcm., e szerint $1\frac{1}{2}$ liter volna. Pontosan ezen mennyi-

ségre szorítkoznunk az esetek túlnyomó számában majdnem lehetetlen: de igyekeznünk kell közelében maradnunk s törekvésünket jutalmazni fogja a vizenyőnek megapasztása, vagy terjedésének sokkal lassabb menete, a minek jelentőségét hangsúlyozni alig kell.

Csak egy szempontból lehetne a folyadékbevitel rationalis megszorításának kedvező jelentőségét kétségbe vonni: t. i. abból, a mely a vízretentiót s a vérfelhígulást nem káros s lehetőleg elhárítandó, de üdvös, compenzáló hatású jelenségnek tartja. Ezen felfogás azon felvételtől indul ki, hogy az uraemia jelenségeit a vérben s szövetnedvben oldott bomlástermékek okozzák, a melyek mérgező hatásukat persze annál erősebben fejtik ki, minél nagyobb töménységben vannak a szervezet nedveiben jelen. A vérnek s szövetnedveknek a vízretentioval járó felhígulása persze a mérgező anyagok concentratioját is csökkenti s emígy alkalmas az uraemia megelőzésére s leküzdésére. Ezen következtetés ingó alapon áll. Már a praemissum, t. i. azon felvétel ellen, hogy az uraemiáért tisztán az oldott bomlástermékek retentioja felelős, is jogos kétség merül fel. Ha manapság az *Owen-Rees* s *Traube*-féle theoria, a mely az uraemia jelenségeit az agy vizenyőjéből magyarázza, egészében meg is van döntve, úgy viszont semmiképen sem lehet tagadni, hogy az agy oedemájának ugyancsak juthat szerep az uraemia jelenségeinek előidőzésében, *Senator* szerint pl. az uraemia folyamán észlelhető göcztünetek (amaurosis, hemiplegia) másból mint a megfelelő agyrészek vizenyőjéből alig magyarázható. A szervezet nedveinek vízzel való felhígítása tehát már az uraemia elleni egyoldalú küzdelemben is kétélű fegyver. Hagyján azonban jogosultsága akkor, ha az uraemia a kórkép legkidomborodóbb s közel veszélylyel fenyegető része, a melylyel szemben a vízretentio jelenségei háttérbe szorulnak. Semmiképen sem volnánk azonban hajlandók a vízretentiót előmozdítani az olyan esetben, a melyet a kiterjedt vizenyő jellemez a maga súlyos subjectiv s objectiv következményeivel.

(Folytatása következik.)

A homloküreg kutaszólása és kiöblítése empyemáknál.

Irta: *Ónodi Adolf* dr., egyetemi tanár.

(Vége.)

Struycken egy a homlokra helyezett compass tűjének eltéréseiből ítéli meg a delejezett végű sondának a homloküregbe való jutását. De ha ez a mód egyes esetekben használható is, biztos tájékoztatást a Röntgen-kép ad. Ezen Röntgen-felvétel szükséges nemcsak minden gyökeres műtét előtt, hanem különösen az endonasalis kezeléskor. Bemutatunk egy Röntgen-felvételt (13. ábra) a homloküregben elhelyezett sondával egy homloküreg-empyemában szenvedő egyénél, ki bajától endonasalis kezeléssel, a kifecskendésekkel szabadult meg.

A tizenharmadik ábra szépen mutatja a sonda helyzetét a homloküregben, melynek vége a homloküreg mellső fala előtt van. A kutaszólásnál a sonda végének helyét a beteg a homlokán meg tudta jelölni.

A tizennegyedik ábra ugyanazon betegnél felvett Röntgen-képet ábrázolja, az alkalmazásba vett canule helyzetével. A canule vége a homloküreg alsó részében látható.

Az eset, melyre a két Röntgen-felvétel vonatkozik, a következő:

S. Gy., 47 éves, örmester, állítása szerint a jobb orrából már $1\frac{1}{2}$ éve folyt nagyobb mennyiségben váladék, mely többször rossz szagú volt, egy év óta felléptek nála a jobb homlokra szorító fájdalmak, melyek egy-két napon át szüneteltek és azután napokon át fennállottak. Fél év óta a jelzett helyen a fájdalom állandóan fennállott, néha olyan erős mértékben, hogy napokon át munkaképtelen volt. 1903. december 1-jén jelentkezett, a vizsgálat a jobb homlokra szorító fájdalmakat, valamint erős nyomásérzékenységet constatólt, a középső orrjárat legmellsőbb részén geny mutatkozott, mely többszöri eltörlésre ugyanott újra jelentkezett, a középső orrkagyló duzzadt, a középső orrjárat feltűnően szűk volt. Átvilágítva a jobboldali homloküreg kisebbnek mutatkozott. Miután a nagyon szűk középső orrjáraton át sem a kutaszólása, sem a kifecskendezése a homloküregnek nem sikerült, december 15-dikén a középső orrkagyló mellső

végét resekáltuk, ezután a genylefolyásnak szabad útja volt, úgy a kutaszolás, mint a kifeeskendezés jól ment. Az első kifeeskendezéskor nagy mennyiségű geny ürült és a fejfájások mindjárt megszűntek. Az első két héten kevesbedő mennyiségben ürült a geny az orrból a feeskendezéskor, a harmadik héten már megszűnt és a feeskendezésre használt 3% bór-oldat tisztán ürült. Ekkor alkalmaztunk 3—5% lapis-oldattal való befeeskendést egy-néhányszor és azóta a betegnél semmi secretio és semmi panasz nincsen, jól érzi magát és zavartalanul végzi munkáját.



13. ábra.

Többi eseteinket, melyeknél a kutaszolás eszközölhető volt, valamint az alkalmazott feeskendezés eredménnyel járt, részletezni nem tartjuk szükségesnek. Ugy ezek, mint az ismertetett esetek alapján általánosságban jelezzük a következőkben álláspontunkat a szóban forgó kérdés mai állásáról.

A homloküreg kutaszolását és kiöblítését eszközölni egyesek általában könnyűnek tartják, sőt azt a betegek önkezelésére is bízzák, ezzel szemben mások előmütét nélkül kivihetetlennek tartják. Cholewa 60, Hartmann, Hansberg, Engelmann 50%-ában az eseteknek eredménnyel végezték a kutaszolást, ezzel szemben mások jóval kisebb eredménnyel tudnak beszámolni. A valóságnak ez utóbbi felel meg; tényleg a látszólag sikerült kutaszolásokat eseteiben, ha Röntgen-felvétellel ellenőriztettek volna, bizonyára többször kiderült volna azon tény, hogy a sonda egy bulla frontálisba vagy egy mellő rostasejtbe tévedt. Megtartott kagyló mellett nehezebben és ritkábban sikerül a sonda bevezetése, míg egy előmütét könnyebbé és biztosabbá teszi. Magától értetődik, hogy a bemutatott viszonyok és a kutaszolás nehézségeinek ismerete nem

engedi meg a canulának a betegre való bizását, az önkezelést. Rendszeresen rámutatnak a homloküreg-empyemák endonasalis kezelésénél azon két szomorú esetre, mely önkezeléssel és szakszerű kezeléssel halállal végződött. Az elsőről Grünwald¹ emlékezik meg, midőn egy jónevű szakférfi az általa feltételezett homloküreg-empyemáját gyógykezelt megkísérlette és az eszközzel a koponyaüregbe hatolt. A másodikról Dreyfuss² tesz említést, midőn egy frankfurti szakférfi egy betegének homloküregempyemáját pyoktanninnal kezelte és a sondával a homloküreg tetejét átfúrta.



14. ábra.

Weigert demonstrálta az esetet, a koponyaüregben a methylenkék, mint a rhinologikus beavatkozás jele látható volt.

A homloküreg-empyemáknál bevezetett kutasz a szükséges körültekintéssel veszélytelen és kórismészeti szempontból nélkülözhetetlen. Mint therapeutikus eljárás háttérbe szorul, bár nem tagadható, hogy egyes esetekben a geny lefolyásának utat csinál és a canule bevezetése előtt mindig eszközöltetik is, mégis az endonasalis therapiában a canulának engedi át a helyet. A canule bevezetése néha kissé nehezebben megy, mert rendszerint a calibere nagyobb. A Lichtwitz és Schech által egy cm.nyi hosszú görbített végű canule a ductus nasofrontálisban vagy a homloküreg alapján helyezhető el, míg a hosszabb görbülettel bíró canule a homlok üregébe tolható. Mindkét helyzetében a canulán át úgy levegő, mint folyadék eredménnyel hajtható keresztül. Már

¹ Die Lehre von den Naseneiterungen. II. Auflage. 1896.

² Die Krankheiten des Gehirns etc. in Gefolge von Naseneiterungen. Jena 1896.

Schutter a légbefúvást gyógygyógyászati jó eredménnyel először alkalmazta, a légbefúvás után a kiöblítést végezte. *Killian* is nagyon ajánlja ezen légbefúvást. A folyadék befeeszkendése lassú nyomással végzendő, az öblítésre szolgáló folyadék lehet élettani sóoldat, 3%-os bóroldat, sterilizált víz langyosan, néhaúszor 3—5%-os lapisoldat is alkalmazható, midőn a genyedés megszűnt és a váladékképződés nyálkás jelleget öltött és még tart. Ez utóbbi oldat ezüstcanulón és kisebb fecskendővel vitetik be és a beteget a befeeszkedés után egy kis ideig hanyatt fektetjük, hogy a folyadék a homloküregben maradjon. Vannak esetek, midőn a középső kagylónak és orrjáratnak cocainnal, adrenalinval való beecsetelése után a Pollitzer-féle légbefúvás is meglepő eredménnyel jár, a mennyiben a homloküreg kiürülését eredményezi, de nem különbös a miatt, hogy a még egészséges rostasejtekbe vagy az Eustach-kürtbe behajtatik a geny. Ettől azonban nem kell tartani akkor, ha a légbefúvás a homloküregbe vezetett canulón át történik. Az óvatosan végzett kiöblítések gyakran jó eredménnyel járnak és ott, a hol a középső kagyló resectiojával és a homloküreg benyílási területének szabaddá tételével a geny-

hatása a vérelvonásban rejlenék, de vita tárgyát ma már semmiképen sem képezheti ez a kérdés, annyira nyilvánvaló és immár tapasztalati tény, hogy a középső kagyló eltávolításával tekintélyes mennyiségben ürül a geny, tehát sok esetben biztosítja a szabad genyelfolyást, olyan esetekben pedig, a hol az infundibulumot polypok, nyákhártyatúltengések fedik, azok a szabaddá tett területen könnyen eltávolíthatók. A középső kagyló mellső végét több eszközzel lehet eltávolítani, így a *Hartmann* és *Grünwald* féle conchotomokkal, vagy ollóval és hideg kacsával. A 15. ábrában bemutatjuk a középső kagyló mellső részének eltávolítását kacsával, melyet egy előzetesen végzett ollómetszés vonalába helyeztünk. Az ábra ebben a helyzetben mutatja a kacsot, mely azután könnyen lefűzi a kagylórészletet.

Lehetnek esetek, midőn a conchotom alkalmazásának akadályok állanak az útjában, mint az orrüreg felső részének szűk volta, az orrsövény elhajlása, tövise, léce. Ilyen szűk térvizonyok mellett a kacsával könnyebben érünk célra. Ha a *Flatau*- vagy a *Grünwald*-féle ollóval oda férünk, akkor a középső kagyló insertiojának vonalában bemetszünk és a metszett vonalba helyezzük el a hideg



15. ábra.

lefolrás biztosítva van, minden 2—3-dik nap is elegendő a kiöblítés alkalmazása. A homloküreg-empyémák számos esetben ilyen endonasalis kezeléssel gyógyulnak, a fejfájások, nyomásérzékenység heveny esetekben legnagyobb részt megszűnnek, a pangás megszűnését, a geny szabad lefolrását követőleg az idült esetekben sokszor gyógyulást eredményeznek. A leghatalmasabb conservatív eljárás a középső kagyló resectioja, mely a canule bevezetését és a kifeeszkendést lehetővé teszi és a genyelfolyás útját biztosítja; ha ez nem lenne elég, úgy a processus uncinatus és az esetleg jelenlevő polypok és túltengések is eltávolíthatók, sőt a szomszédos rostasejtek megnyitása és a benyíló terület tágitása is eszközölhető.

Mint említettük, a conservatív eljárás sok szép eredményt tud felmutatni, azért azon eseteket kivéve, hol a késedelem destructiv elváltozások, áttörés miatt veszedelmet jelentene, mindenkor végzendő. *Weil*¹ a lehetőség szerint a conservatív eljárás mellett van és perhorreskálja a radikális műtéteket, még olyan esetekben is, a hol nagyobb nyákhártyatúltengések és sarjadzások vannak jelen, mert a conservatív kezelés javulást és végre is gyógyulást eredményez, és ezért ezen elváltozások miatt még nem tartja jogosultnak az üreg műtéti feltárását. Tekintettel a conservatív endonasalis eljárás nagy fontosságára, néhány megjegyzéssel kísérjük a legfontosabb beavatkozást, a középső kagyló resectioját, a homloküreg benyíló területének szabaddá tételét. *Kuhnt* ugyan azt állította, hogy a középső kagyló eltávolításának



16. ábra.

kacsot és a kagylórészletet egyszerűen lefűzzük. Ugyanezt tehetjük, ha előbb a kagyló alsó részébe egy kissé bemetszünk, oda illesztve a kacsot, a kacstartó végét pedig a középső kagyló mellső tapadására helyezzük és így fűzzük le a kagylórészletet. Az eszközölt lefűzés után, ha polypok, hypertrophiák nincsenek jelen, szabadon fekszik előttünk a homloküreg benyíló területe, a mint azt a 16. ábra mutatja. Jól lehet látni a különben kagyló által fedett hiatust az infundibulummal egész lefutásában, ennek legmellsőbb részében nyílik a homloküreg.

Heveny esetekben a genynek azonnali kiürülése és teljes gyógyulása a kagyló resectioja folytán bekövetkezett, ez többször képezte észlelet tárgyát, épen úgy idült esetekben is a kagyló resectio kiváló jó eredményeket tudott felmutatni. Heveny esetekben nem jut annyiszor alkalmazásra a kagyló resectioja, mint idült esetekben, a midőn többször azon okból is szükséges, hogy a homloküreg benyíló területében a geny lefolrását akadályozó nyákhártyatúltengések és polypok eltávolíthatók legyenek, vagy ha szükséges. a mellső rostasejtek, a processus uncinatus eltávolítása és a homloküreg benyílásának tágitása kivihető legyen. Mindez, mint a 16. ábra mutatja, resectált kagylóvég mellett, könnyen kivihető. Egyesek, mint *Hartmann* és *Kuhnt*, a genyelfolyás elősegítésére a galvanocautert is igénybe vették, de a következményes duzzanat, mint *Hajek* hangsúlyozza, az ellenkezőt eredményezi, a mennyiben a homloküreg benyíló területét még jobban elzárhatja. A tapasztalat azt mutatja, hogy az endonasalis conservatív eljárás az említett és kifejtett eljárások mellett szép eredményeket tud elérni. Ha megtartott vagy eltávolított

¹ Wiener klin. Wochenschrift. 1903. 52. szám.

kagyló mellett a kivihető fecskendezés nagyobb destructiv elváltások miatt eredményhez nem vezet, vagy a szövödmények esélye és tünetei kidomborodnak, akkor a homloküregnek gyökeres sebészi feltárása van helyén, mely más alkalommal fogja fejtegetésünk tárgyát képezni. A conservativ endonasalis gyógykezelésnél eddig a jelzett eljárások váltak be jóknak és részünkről is melegen ajánlhatjuk mindazon esetekben, a hol a gyökeres sebészi műtét komoly indicatioi fenn nem állanak. A homloküregnek direct endonasalis megnyitása *Schäffer*, *Winkler* és *Spiess* eljárásai szerint tért hódítani nem tudott és veszedelmesége, valamint a homloküreg annyira változó alakviszonyai miatt elejtendő, dacára *Spiess* óvatosságának, ki Röntgen kép ellenőrzése mellett végzi a homloküregnek endonasalis megnyitását. *Spiess* több esetben ugyan sikerrel végzett ilyen megnyitást, egy esetben azonban az elektromos fűró a belső szemzúgnál tört elő, szerencsére a betegnek kárt nem okozva.

A kankó gyógyításáról.

Tapasztalatok az acidum nitricumról és a crurinról.

Irta: Porosz Mór dr.

Az antigonorrhoeumoknak se szeri, se száma. Ez annak a jele, hogy nincsen igaz orvossága. Specificumot ohajtana a tudományos és laikus világ egyaránt. Az ily specificum azonban csak oly gyógyszer lehet, a mely a vér útján eljut a szervezet minden sejtjébe. Addig a míg localisan alkalmazzuk a gyógyszereket, addig ilyennek a gondolata is ellenkezik minden physiologiai és pathologiai tudásunkkal. Ha csak a Röntgen-sugarakra nem gondolunk, lehetetlennek kell tekintenünk oly szert, mely a hámsejteken át a mélyebb szövetekre, a submucosára is közvetlen hatást tudna gyakorolni. Még nagyobb physikai lehetetlenség ily szernek a húgycsőfali mirigyszájadékba jutása vagy a prostata csövecseibe, a vas deferensbe, az ondóhólyagba kívánatos behatolása is. Ebből a szempontból tekintve nem mondható specificumnak sem az argentum nitricum, sem a légenysav.

Az ezüstnitrát, dacára a sok új theoretikus értékű szernek, a tapasztalat bizonyítása szerint még mindig a legjobb szer. Pedig az ideális antigonorrhoeumnak egyik legfőbb kellékét, a mélyebb szövetekbe szívódó képességet nélkülözi. Direct hatása csakis a felületre szolgál. Megalvasztja a fehérjét és ezen edzett, tömötté vált réteg meggátolja a mélybe jutását. Ez azonban csak theoretikus hibája. A tapasztalat azonban éppen ennek köszöni hasznos voltát.

Nagy hátrány az alkalmazásánál létrejövő fájdalom és égetés. E hátrány leküzdésére törekedve, több év előtt a cocain vagy eucain érzéstelenítő tulajdonságát akartam felhasználni. Ez azonban nem elégített ki. Együttes alkalmazása lehetetlen, mert ezüstchlorid képződik és kicsapódik. Külön-külön fecskendezve is alkalmatlan.

Igy gondolkozva e kérdésen, rájuttottam arra, hogy az ezüst-nitrát tulajdonképeni hatóanyaga a beállott vegy bomláskor hő mellett felszabaduló légenysav, mely a fehérjével rögtön egyesül.

Ezenkívül képződik még ezüstchlorid és ezüstoxydfehérje. Ez utóbbi azonban igen könnyen bomló vegyület.

Igy arra a gondolatra jutottam, hogy a cocaint a lapis-oldattal analog légenysav-oldattal együtt alkalmazzam. Az ezüst-nitrát (AgNO_3) tömegsúlya 169.7, ebből a N paránysúlya 14, a O_3 súlya $3 \times 16 = 48$, összesen 62, vagyis súlyban körülbelül $\frac{1}{3}$ -a az AgNO_3 -nak a légenysavgyöke.

Ha tehát directe készen, nem hőfejlődéssel járó vegy bomlás útján juttatok a kívánt helyre ugyanily arányban légenysavat, akkor ezen analog oldat ugyanoly hatással lesz égetés nélkül. E mellett az érzéstelenítő cocainum hydrochloricum is bomlás nélkül használható. E kísérletem bevált. Később megpróbáltam a cocain elhagyását is, és kitűnt, hogy a légenysav csak jelentéktelen csípést okoz, mely fájdalom azonban néhány pillanat múlva megszűnik, míg az ezüstnitrát okozta égető érzés órákon át, sőt fél napig is eltart és munkaképtelenné teszi a beteget.

Az acidum nitricum előnyeit több éven át tapasztalva, 1900-ban ajánlottam is.¹ Azóta 3 év telt el és még most is, sőt

¹ Gyógyászat, 1900. 32. sz.

melegebben ajánlhatom. Az ajánlott új antigonorrhoeumoknak értékét az ismerteti meg a legjobban, hogy szükség van-e mellettük az argentum nitricumra. Az argentum nitricum minden más szer segítségével nélkül is sikerre vezet. Fordítva azonban nem igen olvasható a közleményekben. Egyik-másik szerző az új szer vagy az új eljárás (irrigálás) mellett nem is veszi észre, hogy az újnak zengett dicsőhymnus tulajdonképen a réginek, a lapis-oldatnak szól. Ha ezt irányadó mértéknek lehet venni, akkor elmondhatom az acidum nitricumról, hogy az legalább is oly jó szer, mint az argentum nitricum, annak hátrányai nélkül, mert ezen 6—7 év alatt én egyetlenegyszer sem szorultam arra, hogy csak egy lapis-injectiót is adjak.

Az acidum nitricumnak is megvan az a kiváló tulajdonsága, hogy a fehérjét megalvasztja. E kijelentésem tudatos, de érzem azt is, hogy modern értelemben nem tudományos, hogy ne mondjam tudatlan. De az orvosi tudománynak nem a klappoló theoria, hanem a tapasztalt eredmény adja meg a tudomány jellegét.

Ezért, ha jól összevág is az oldható, meg nem alvadó argentum-vegyületek mélybe szívódó theoretikus hatása, a tapasztalat azt nem igazolja. És ha nem is vág össze e teoriával a fehérjealvasztó szerek alkalmazása, a tapasztalat hasznuk mellett szól. Nem akarok kitérni azokra az érvekre, a melyek ily theoretikus pium desiderium ellen szólnak (a létrejövő vegy bomlás ismeretlensége, a tápláló vér- és nedvkeringés ellenkező iránya, mely a felület felé visz, a gonococcusal történő érintkezés ideje stb.), hanem megkísérlem annak a magyarázatát, hogy mi történik a fehérjealvasztás után.

Ha a befecskendett oldat nem nagyon concentrált, akkor a húgycsőhám felületese sejtei, a melyek a gonococcus és toxinja által csökkent ellentálló képességgel bírnak, betegek, elhalnak. (E tétel igen jól látható az 5—10%-os chromsavval végzett luetikus plaque-ok kezelésénél is. Itt is az ép terület nem festődik, csak a túlbujáztott nyákhártya hámsejtjei.) Ha az oldat concentráltabb, akkor az elhalás vastagabb réteget érint. Ez elhalt részeket a szervezet kiküszöbölni igyekszik, hogy újjakkal pótolja. Bővebb véráramlás, bővebb transsudatio áll be és ezzel együtt a nagyobb fokú leukocytosis következtében fehér vérsajt kivándorlás, genyedés jön létre. A fehér vérsajtek mint phagocyták bekebelezik az idegen nedveket (toxinokat) és felfalják az idegen testeket (gonococcusokat). A kiáramló serum pedig mintegy kimossa azokat a szövetürekből. Így védekezik beavatkozás nélkül is, kisebb mértékben, a szervezet magától is. A beteg sejtek necrotizálása csak siettet a természet munkáját. Elhalás éri a közvetlenül érintett gonococcusokat és ezenkívül a légenysav sav voltánál fogva a talajt tenyésztésükre alkalmatlanná vagy kevésbé alkalmassá teszi.

De még ha hibás volna is ez a magyarázatom, az tény, hogy a $\frac{1}{4}$ %-os légenysav, mely körülbelül a $\frac{3}{4}$ %-os lapis oldattal volna analog (ha a hivatalos acid. nitric. conc. purum nem volna 50%-os), 1—2 napi használata után a folyás csökken, a vizelet tisztábbá válik, a gonococcusok csoportja kevesebb, az egyes csoportok kevesebb gonococcuspárból állónak látszanak, sok hámsejt van benne és nyákossá lesz.

Az oldatot legtöbbször így rendelem Acid. nitric. conc. pur. 1 : 400 vízre. Ezzel 3-szor naponta a beteg maga fecskend. Az első egy-két fecskendés kissé csípős acut esetekben. 1—2 nap múlva ha e csípő érzés, mely néhány pillanatig tart, megszűnik, 5-ször fecskend a beteg. Ha a folyás sürü nyákossá válik és gonococcus még van benne, akkor az oldatot 1 : 300, később 1 : 200-ra erősítem. Ha gonococcusok a váladékban nem találhatók, akkor áttérek az adstringens kezelésre. E kezeléssel célozom a postblennorrhoeás nyákos catarrhus megszüntetését, mely legtöbb esetben sikerül is. Ilyenkor a vizeletből az úszkáló nyákezfatok eltűnnek, máskor azonban megszokott makacssággal továbbra is láthatók a reggeli vizeletben.

Az esetek egy részénél azonban a folyás nem mutatja ily gyorsan a természet gyógyuló folyamatát, hanem a váladék híg, vizes, savóssá válik. Ilyenkor rendszeren újból érzékenység lép fel. Ha e tünetek jelentkeznek, akkor az izgató, a természetes reactiót siettető eljárást abban hagyva, előbb kezdem meg az adstringens

szerek alkalmazását. Erre a váladék fokozatosan nyákos sűrű lesz, míg az említett úszkáló czafatok alakját mutatja.

Mint hogy a régibb adstringens szerekkel (plumbum, resorcin, zink, alumen, tannin stb.) nem voltam eléggé megelégedve, egy újabbal tettem kísérletet. Ez a *crurin*. Jacobi ajánlotta¹ és Kalle & Comp. biebrichi gyár állítja elő. Chinolin bismuthrhodanattól álló vegyület. Vízben nem jól oldódik, de vizes glicerinnel dörzsölve olyanfele zavaros oldatra hígítható mint az ólomvíz. Rendelése a következő:

Rp. Crurini 1'0—2'0

Aquae dest.

Glycerini

aa 5'0—10'0

Contere et paulatim adde

Aquam dest.

ad 200'0.

Mfs. D. S. Befecskendésre 3-szor napjában.

Ezen oldat a húgycsőben hófehér csapadékot képez, a mely a húgycső falához erősen tapad (tubuson látható is) és hosszabb idei nem vizelés után a nyákkal keveredve a húgycsőből ki nyomható.

Erre figyelmeztetni kell a beteget, mert különben meglepődik a váladék szaporodásán és színén és rosszabbodást vél.

A szert Jacobi és Stern nagyon dicséri² mint kitűnő adstringens és bactericid szert. Az előbbi én is constatálhatom. Az utóbbit nem. Volt rá eset, hogy majdnem két heti használat után is a váladékban még elég sok gonococcust találtam, míg acidum nitricumnál 8—10 nap alatt a gonococcus eltűnik. Egyes esetekben még előbb vesz nyoma.

Természetesen ez eljárás csak a mellső húgycsőrészlet kankós lobjánál jár sikerrel. Ha a kankó a hátsó részletre is áterjed, akkor már majdnem mindig a prostatát is éri a bántalom. Ilyenkor a gyógyszeres kezelés elégtelen. Gyógyszer a prostatába, annak mirigysöveibe nem juthat. Ilyenkor más eljárást kell követni. Én a prostatát izomzatának faradikus árammal kiváltott működésétől által szabadítom meg, active, a genyes váladéktól.³ Később, ha az acut lob esőkkent, a massaget szokták alkalmazni. Én azonban már az acut stádiumban, a gyakori vizelés idején kezdem meg a villanyozást, melynek fényes eredményét számtalanszor volt alkalmam tapasztalni.⁴ A villamosítás előtt kivizeltetem a beteget. Utána újra vizel és ezt követi 1/20-os acid. nitric. befecskendés naponta. Ha chronikus esettel találkozom, akkor 1/20-os acid. nitric.-oldat befecskendését 2—3 naponként felváltva 1/10-os oldattal helyettesítem. Ha pedig a chron. blennorrhoea székhelye a mellső részben levő Morgagni-féle tasakok lobja, akkor ezeket tubuson át felkeresve, a hosszú Pravatz vékonyágú Kollmann-féle fecskendővel a szem ellenőrzése mellett 20%—30% acid. nitric.-oldattal fecskendem ki néhányszor. Ha infiltratio szűkület nincs, erre a baj meggyógyul.

Az ily koncentráltabb oldatoktól nem tartózkodom, az acut blennorrhoea első napjaiban sem. Ha a lob nem peracut, nem nagyon fájdalmas vizeléssel jár, akkor is 2—3 napon át a 1/10-os oldattal végzett fecskendés mellett 20%-os oldatot használok kézi kankó-fecskendővel.

Egyetlenegy ily befecskendés után is a zavaros, homályos vizelet feltisztul és czafatossá válik, a czafatok között sokszor egész lemezszerű hámsejtesoport látható. Több esetben a folyás teljesen meg is szűnt, de sajnos e szünet 2—3 napnál tovább nem tart. Az után újra jelentkezik kis mérvű folyás, melyben gonococcus, ha kevés is, de található. Csak néhány esetben sikerült ez úton az acut kankó tovafejlődését meggátolnom, úgy hogy a folyás is, a gonococcus is teljesen eltűnt. A folytatott befecskendést is 5—6 nap mulva 2-szer, 8 nap mulva egyszer végezi a beteg, míg 10—12 nap után teljesen abban hagyta.

Ugyanily befecskendést végzek provocatorius czélból gyógyuló félben levő betegnél, akkor midőn már a crurint használja. Az ezt követő délelőtt a reggeli vizelés előtt a húgycső-

ből kifejt váladékot — ha van — megvizsgálom. A crurin-befecskendéseket is addig végzi a beteg, a míg a váladék el nem tűnik vagy a nyákeczafatokban a genysejtek száma jelentéktelenre nem esőkken. Ezután condomos coitus és többszöri provocalás után többször ellenőrzöm, míg teljesen gyógyultnak nyilvánítom.

Az említett abortív eljárásnál azonban azt tapasztaltam, hogy ez csak olyanoknál jár sikerrel 1—2 nap alatt, a kiknek már többször, vagy hosszantartóan volt kankójuk. Első kankót még nem sikerült így abortíve elmulasztanom.

Oly esetekben, midőn a nyákos folyás helyett a serosus folyás gyorsan mutatkozik, ha nem tér át a beteg az adstringens kezelésre, rendkívül bő váladék mutatkozik, a mely oly vizes, hogy a vizeletben semmi nyomát sem látni és rendkívül bő mennyiségét csakis a meatust takaró vatta mutatja, mely 1/4—1/2 óra alatt is csuron vizes lesz. Daczára a bő váladéknak, a benne látható genysejtekben gonococcust tudtam találni.

Ezek volnának tapasztalataim. És ezek után mondhatom, hogy az acidum nitricum kitűnő antgonorrhoeicum, de nem specificum. Ilyenről addig, míg a kankó a húgycsőből többféle szomszédos szervre terjed át, a mely szervek betegségei, mint külön betegségek kezelendők, beszélni sem lehet.

Végül megemlítem még, hogy az 1—20%-os légenysav-oldatot post coitum befecskendésre mint eddig biztos prophylacticumot ismerem és használtam. A befecskendést közönséges kankó-fecskendővel végeztem, még pedig úgy, hogy felét a meatusra, felét pedig a húgycsőbe bocsátatom. Ez eljárás mellett eddig nem láttam kankót fellépni.

Törvényszéki orvostan.

Törvényszéki orvosi esetek.

Közli: *Fialowski Béla* dr., kir. törvényszéki orvos, vármegyei tb. főorvos Nagybecskerekén.

(Folytatás.)

Gondatlanságból okozott emberölés vétsége.

W. I. T . . . vármegyei z . . . i lakos 1902. évi november hó 29-dikén az alábbi feljelentést adta be a koronaügyészséghez.

„Községünkben többször előfordult, hogy azon szülő asszony a kin M. dr. helybeli körorvos műtétet végez, meghalt.“

„Igy történt ez most f. hó 22-dikén is, hogy F. M.-né, helybeli lakosnő, a kihez fentnevezett körorvos elhivatott, hogy egy hét hónapos éretlen gyermek szülése után az anyaméhben visszamaradt méhlepény kiürítését elősegítse. A műtét elvégzése után a nő meghalt.“

„Távol áll tőlem, hogy én M. dr. körorvost mulasztással vagy gondatlansággal vádoljam; de mégis egy kissé különösnek tűnik, hogy ezen F. M.-néről, a kin fent nevezett körorvos operációt végez, az operatio befejezése után a hozzátartozóknak azt mondja, hogy az asszonynak meg kell halnia, mert az anyaméh szét van szakítva, a mi koraszülöttnél alig lehetséges és azután néhány napra rá, mikor az asszony meghalt, mégis azt a halotti bizonylatot állítja ki, hogy „tüdővészben“ halt meg, holott az legalább tudtommal a jelen járványos köhögésen kívül beteg nem volt.“

„F. M.-né valódi halálának kiderítése és ha csakugyan — lehet talán tudatlanságból is — a műtétet végző orvost valami mulasztás terhelné, úgy hasonló esetek megismétlésének megakadályozására kérem a folyó hó 22-dikén Z . . . n elhalt és a z . . . i temetőben eltemetve levő F. M.-né holttestét egy Budapest-ről kiküldendő orvosszakértő és vizsgáló bíró közbejöttével exhumáltatni, a mely kiküldendő bizottság költségeire 100 koronát csatolok azon kijelentéssel, hogy ha ezen összeg kevés lenne, úgy a tekintetes kir. koronaügyészségtől nyerendő felhívásra a szükséges további költségeket szükség esetén táviratilag is betérjesztem.“

„Annak megindokolásától, hogy én miért kérem a bizottságot épen Budapest-ről, kérem engem felmenteni. Én ezt az ügy érdekében és a valóság kiderítésére szükségesnek tartom; és nehogy ozáltal a kir. kincstárnak vagy bárkinek is költsége támadjon, az összes költségeket szívesen viselem.“

„A vizsgálat mindenestre ki fogja deríteni azt, hogy a gyanú alapos, és hogy jelen esetben valakit, nem tudom még kit, mulasztás terhel.“

„Bátor vagyok megjegyezni még, hogy ezen eset a bábák számára kiadott jegyzékben nincs felvéve, holott ezen rendelet már akkor életbe volt léptetve.“

„A mennyiben pedig bármi okból egy bizottságot Budapest-ről kiküldetni nem lehetne, úgy kérem a csatolt összeget nekem visszaküldeni s jelen beadványomat be nem adottnak tekinteni.“

A feljelentés a sz . . . i kir. főügyészség útján saját hatáskörében leendő elintézés végett a n . . . b . . . i kir. ügyészségnek adatott ki. A n . . . b . . . i kir. ügyészség az ügyben a nyomozatot meg-

¹ Deutsche med. Wochenschrift, 1901.

² Deutsche med. Wochenschrift, 1903.

³ A prostata villanyozására szolgáló műszerekről. Orvosi Hetilap. 1903.

⁴ A prostatitisről. Gyógyászat. 1903.

indította, ennek során ki lett hallgatva a feljelentő W. I., ki a feljelentésében foglaltakat fenntartotta s feljelentése adatait a köznéptől hallot-taknak adta elő s feljelentését közérdekből eredőnek mondotta.

F. M., az elhunyt nő férje előadta, hogy a szülésznő utasítására hívta M. dr. kórorvost, mert nejétől a szülés befejezése után a szülésznő állítása szerint a méhlepény el nem távolodott. Ő a szobában ugyan nem volt, de hallotta künt neje azon kiabálását és jajgatását, hogy „Feuer, Feuer“. Nyomban reá az orvos kijött s közölte vele, hogy *ruptura* van nejenél és neje 1—2 nap múlva meg fog halni. Az orvos nem mondotta meg neki, hogy mi az a *ruptura* s ő nem is tudja mi az.

Beszereztetett a nyomozat során még az F. M.-né, született P. M. 1902. év november hó 23-dikán kiállított halottvizsgálati jegyzőkönyve, melyben M. dr. halottkém, ki egyúttal gyógykezelő orvos is, tudóvészt irt be halálukról.

Ezen adatok alapján, miután már előzőleg véleményt adtam a tekintetben, hogy a mintegy 5 hét előtt eltemetett hullának a boncolása a halál-otok kideríteni képes lesz, az ügyész indítványára F. M.-né hullájának kiásatása és boncolása elrendeltetett, még azért is, mert gyanúsított M. dr., ki a nyomozatról magánúton értesült, maga is kérte F. M.-né hullájának felboncolását. A boncolás 1902. évi december hó 20-dikán teljesített.

A vezetésem alatt M. K. kir. törvényszéki orvos által eszközölt boncolatnál B. dr., b...i járási orvos, B. dr. magánorvos z...i lakos, mint szakértő tanúk szerepeltek s azonkívül M. dr., mint megidézett gyanúsított, kinek a törvényszéki orvosszakértők személye ellen kifogása nem volt, voltak jelen.

A boncolatról felvett jegyzőkönyv a következőképen szól:

A. Külvizsgálat.

1. A rothadásnak induló s ennél fogva elváltozott arcú s a kor meghatározására alig megközelítő támpontot nyújtó s a bemondás szerint 29 éves nő hullája 160 cm. hosszú, rosszul táplált, sovány bőre legnagyobb részt a rothadás folytán kékeszöldesen elszínesedett, a felhám helyenként róla, különösen az alsó részeken, nagy czafatokban könnyen levonható, részint savóval telt hólyagokká felemelt.

2. Hajzata sötétbarna, konytba fonott, az arcz beesett, a szemgolyók mélyen a szemgödörbe visszahúzódtak, petyhüdt üres zsák-szerű képletet képeznek.

3. A nyak hosszú, vékony; a mellkas hosszú, keskeny; a bordaköztök tágak; az emlők petyhüdték, nyomásra kora tejet ürítők.

4. A has kissé puffadt, rajta régi terhességi hegek.

5. A külső ivarszervek, főleg a nagy szeméremajkak duzzadtak, megvastagodtak, a szeméremrés nyitott, belőle véres savós ki-folyás.

B. Belvizsgálat.

6. A fejbőr halvány, a koponyaboltozat középvastag, tömör.

A kemény agyérk petyhüdt, lötyögő, zölden elszínesedett.

7. A lágy agyburkok könnyen levonhatók, igen szakadékonyság.

8. Az agy, kisagy s nyúltagy vérszegény, helyenként zöldesen elszínesedett, ellágyult, szakadékonyság. A gyomrocsokban kevés vörhenyes savó.

9. A pajzsmirigy kicsi, tömött.

10. A gége s légcső nyákhártyája halvány.

11. Mindkét tüdő csúcsa egész kiterjedésében szálagosan oda-nőtt. A jobb tüdő felső lebenyének felső fele tömött, göbös tapintatú, egyenetlen heges behúzódnásos felületű, metszlapján szürkésbarnás, több kisebb-nagyobb sárgás göböket mutat. A hörgőkből genyes-nyákos váladék ürül, egyébként a tüdő többi része halvány barnavörös, vérszegény, középlegtartalmú.

A bal tüdő egész felső lebenye, úgyisint az alsó lebeny legnagyobb része tömött, göbös tapintatú, egyenetlen heges behúzódnásos felületű, metszlapján szürkésbarna, számos sárgásszürkés kerek apró göböket mutat, egyébként lég- és vérszegény. A tüdő többi része halvány barnavörös, vérszegény.

12. A szivburokban kevés vörhenyes savó. A sziv kicsi, petyhüdt, szürkésbarna, szakadékonyság, a billentűk épek.

13. A hörgők körüli mirigyek a tüdőkben megnagyobbodtak, részint szürkésfeketék, részint sárgásbarnák, tömöttek, lencsényi egész mogyoró-nagyságúak.

14. A has alsó részében a kis medencze felé a bélkacsok úgy egymással, mint a hasfallal, valamint a belső ivarszervekkel friss, ruga-nyos, zöldessárgás szakadékonyság czafatokkal összetapasztottak. Ugyane helyütt a fent leirt hasúri szervek hashártyája érdes, könnyen levon-ható, ruganyos alhárttyákkal borított.

A kis medenczében, főleg a Douglas ürben, kevés, mintegy evő-kanálnyi megsűrűsödött eves-genyes folyadék.

A has többi részében úgy a belek s gyomor, mint a többi has-úri szervek hashártyája sima, fénylő, alhárttyával nem borított.

15. A máj halvány barnavörös, vérszegény, petyhüdt, az epehólyag-ban zöldes hig epe.

16. A lép alig van megnagyobbodva, petyhüdt barnavörös.

17. A gyomor s belek kissé puffadtak, üresek, nyákhártyájuk halavány.

18. A vesék halvány barnavörösek, petyhüdték, burkuk könnyen levonható.

19. A belső ivarszervek, a méh s függelékei, a húgyhólyag s a végbél alsó része, miután először helyzetükben alaposan megvizsgáltat-tak, a külső ivarszervekkel egyetemben szabályszerűen együttesen össze-függésben kivétettek s megvizsgáltattak.

20. A méh tetemesen meg van nagyobbodva, petyhüdt, üres zsák-szerű, megvastagodott falú képletet képez s harántul 10 cm. átmérőjű, magassága 15 cm., falzatának vastagsága a fundusban 2 cm. A méh belhárttyája szürkésbarna, fellazult, a méhfénék belső hátsó részén majd-nem a közepén gyermektényérnyi terjedelemben a méhlepény oda-tapadási helye látható s ugyanott a méhlepény egyes részletei czafatok alakjában a méhvel erősen összefüggnek. A méh falzata a megvastago-dottságán kívül egyéb eltérést nem mutat. A méhszáj régi behegedt repedésektől eltekintve ép. A méhkiértők s a petefészkek épek.

21. A hüvely tágult, nyákhártyája barnásvörös, fellazult. A hüvely felső részében, közvetlenül a méhszáj mögött, illetve alatt van egy 8 cm. hosszú ellágyult, czafatos szélű, a hüvely hossztengegyével keresz-teződő s ennél fogva harántirányú, a hüvelyfalzat egész vastagságán áthatoló s a hasürbe, a méh mögé — Douglas-ürbe — vezető foly-tonosságihiány. A Douglas-ür alsó részében a hashártya duzzadt, fény-telen. Ugyanott mintegy evőkanálnyi megsűrűsödött enyves, genyes folyadék.

22. A nagy cseplesznek egy mintegy két ujjnyi széles, 15 cm. hosszú részlete a Douglas-ür felé húzódik; ezen csepleszdarab alsó részében barnásvörös, ellágyult, vérdús.

23. A hüvelynek fent leirt szakadása az ivarszervek kivétele előtt nem volt látható, mert mint fennebb leírva van, a medenczébéli szervek egymással össze voltak tapasztva s így a cseplesznek fent leirt részlete sem látszott a hüvelyi repedésbe húzódtottak.

24. A hüvely falzata, a repedés táján levő ellágyulástól eltekintve, teljesen ép.

25. A húgyhólyag összehúzódott, üres, nyákhártyája halavány.

(Folytatás következik.)

Tárcza.

Orvosok és orvosi tudomány az ókorban.

(Folytatás.)

b) A japánok, a kiknél már szintén az ókorban indult virágzásnak az orvostan, ennek megalapítását *Ona-muchi-no-mikoto* és *Szukuna-hiko-na-no-mikoto* istenségeknek tulajdonították. Az orvosi rend a japonoknál igen nagy tekintélynek örvendett. A japán orvosok, mint még most is, már hajdan az egészség fenntartása céljából igen üdvös-nek tartották forró fürdőknek rendszeres használatát.

A Krisztus előtti II. évszázadtól fogva a kínai kultúra kezdett mindjobban elterjedni Japánban és midőn a Kr. utáni III-dik évszázad-ban a kínaiak Japánt meghódították, a japáni orvostan egybeolvadt a kínaiával. A XVIII-dik században kezdtek a japánok a nyugateurópai orvostannal megismerkedni és a XIX. század második felében holland, meg különösen német orvosok véglegesen meghonosították az európai orvostant Japánban, a hol jelenleg — mint ez tudva van — részben európai származású, részben pedig európai egyetemeken kiképzett orvostanárak teljesen modern szellemben tanítják az orvostudományt.

Irodalom. Max Bartels: Die Medizin der Naturvölker. Leipzig. 1893. — B. Scheube: Die Medizin d. ostasiat. Völker. (Handbuch d. Gesch. d. Med. Jena, 1902. — H. Nebel: Heilgymnastik im grauen Alterthum, speciell bei den Chinesen. Arch. f. klin. Chir. 1892. — Jul. Hirschberg: Ärztliche Bemerkungen über eine Reise um die Erde. Deutsche med. W. 1893. — Liétard: Médecine des Chinois et des Japo-nais. Grande encyclopédie 23. — L. Arduin: Histoire de la médecine en Japon. Paris. 1884.

c) Indiában az orvoslás művészete szintén már az őskorban kez-dett kifejlődni; itt is isteni eredetűnek tartották, *Upa-véda*-nak, azaz isteni kinyilatkoztatás kiegészítő részének nevezték és ennek megfele-lően az theurgikus-mystikus jellegű volt. Az indiai orvosi ismeretek ősrégi eredetű az a körülmény is bizonyítja, hogy már a legrégebb indiai szentkönyvek, nevezetesen a *Rig-véda* és az *Atharva-véda*, a melyek legalább is 3500 évesek, számos orvosi tárgyú himnusz tartal-maznak. Az ó-indiai irodalom második, ú. n. brahmanikus szakában, mely körülbelül hat évszázaddal Kr. előtt kezdődött, és a melynek folyamán az V. században Kr. e. a buddhizmus keletkezett, az orvoslás már inkább empi-rikus alapon nyugodott és tudományos színezetet nyert. A legkiválóbb orvosirók *Csaraka* és *Szuszruta* voltak, a kiknek *Ajur-véda* vagyis az élet könyve című művei az utókor számára fennmaradtak. *Csaraka* művének még csak egyes részeit ismerjük Th. A. Wise angol fordításá-ban, ellenben *Szuszruta* egész *Ajur-védáját* *Hessler Ferencz* orvos, a müncheni tudományos akadémia tagja (1799—1890.) már 1844—1855-ben adta ki Erlangenben latin fordítással és magyarázatokkal együtt öt kötetben. Arra nézve, hogy ezek a munkák, a melyek az orvostan összes ágait rendszeresen tárgyalják, mikor keletkeztek, még nagyon eltérőek a vélemények. Míg egyesek, mint pl. A. Weber, ősrégieknek tartották azokat és a görög orvosi tudomány eredetét is Indiában keres-ték, addig pl. újabban E. Haas azt igyekezett bebizonyítani, hogy csak a Kr. utáni X—XV. században keletkeztek és tartalmuk a görög orvosi művekből van merítve, a melyek az arabok közvetítésével jutottak el Indiába. Az újabb búvárlatok eredménye szerint azonban bizonyosnak tekinthető, hogy *Csaraka* és *Szuszruta* a mi időszámításunk kezdete táján irták meg a szanszkrit irodalomnak ezen legnevezetesebb orvosi műveit, még pedig kétségtelenül a Corpus Hippocraticum felhasználásával.

A későbbi indiai orvosirók túlnyomó részben csak ezen két

kiváló szerző műveinek kivonatolására és magyaráztatására szorítkoztak, míg az indiai irodalom harmadik szakaszában, az izlám elterjedésével az arab befolyás vált uralkodóvá.

Tény, hogy az indiaiak és a görögök érintkezése már nagyon korán kezdődött. Bizonyos pl. hogy *Ktesias*, a knidosi orvosi iskola egyik jeles képviselője, a ki a Kr. előtti V. évszázad második felében *Artaxerxes Mnemon* perzsa király udvari orvosa volt, Indiát beutazta és megfigyeléseit *Indica* című művében leírta, a melyből egyes töredékek még ma is megvannak. Nagy Sándor hódító hadjárata óta India és a nyugati államok érintkezése állandóvá, meggyakorivá vált és bizonyára nem csupán a kereskedelmi cikkek, hanem a szellemi termékek kicserélését is eredményezte.

Az indiai orvostant a görög írók gyakrabban emlegették, így pl. *Theophrastos* (his. plantarum, IX. 18. 9.) és *Galenos* (De antidot. II. 1.) felemlítettek indiai orvosokat, a kik igen hatásos orvosszereket alkalmaztak.

Az indiai orvosok az ókorban nagy tekintélynek örvendtek. Aránylag legtökéletesebbek voltak az ismereteik a gyógyszer-tan terén; az állat-, növény- és ásványvilágból vett nagyszámú gyógyszerreken kívül előszeretettel alkalmazták a massage-t és a tengeri, folyam- meg forrásfürdőket és általában nagy súlyt helyeztek a testnek tisztántartására. Vallási okok miatt Indiában minden hullavizsgálat lehetetlen volt és ennél fogva boncz-tani meg élettani ismereteik nagyon tévesek maradtak. A belső betegségek okait a szervezetet alkotó nedvek elváltozásaiban keresték. Ügyesek voltak a sebészeti némely terén, így pl. hiányzó vagy eltorzított orrnak a homlok bőréből műtet útján való pótlását Indiában, a hol az orr lemeszése gyakori büntetés volt, az orvosok már az ókorban szelvében és sikeresen végezték. A rhinoplasticának ezen alakja, a mely ma is az indiai módszer nevét viseli, Európában csak 1793-ban vált ismeretessé angol lapok leírása útján, de egyes angol sebészek sikertelen próbálkozása után csupán *Dieffenbach* *Frigyes*-nek (1792—1847.) sikerült a rhinoplasticának ezt a legfontosabb változatát a kellő tökélyre fejleszteni.

Az ókori indiai orvosok az orvos kötelességeire és magatartására vonatkozólag is igen helyes nézeteket vallottak. Így pl. Szuszruta azt mondotta, hogy az az orvos, a ki nem ért egyaránt a belgyógyászat-hoz és a sebészethez, oly madárhoz hasonlít, a melynek csak egy szárnya van. Hangsúlyozta továbbá, hogy az orvos úgy szeresse betegeit, mintha saját gyermekei lennének.

A buddhizmus nemes alapelveiből kifolyólag Indiában már igen korán, a Kr. előtti III. században létesültek kórházak, még pedig nem csupán beteg emberek, hanem szenvedő állatok számára is.

Irodalom. A. Weber: Indische Litterat. Gesch. Berlin, 1876. — E. Haas: Ueber die Ursprünge der ind. Med. 1876. — J. Jolly: Ind. Med. Strassburg, 1901. — Iwan Bloch: Ind. Med. (Handb. d. Gesch. d. Med.) Jena, 1902. — P. Cordier: Etudes sur la médecine hindoue. Paris, 1894. — R. Hoernle: The Bower manuscript. Calcutta, 1893—1897. — Th. A. Wise: The hindou system of medicine. London, 1900.

Tihanyi Mór dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A pneumonia serumtherápiája.

Közli: Marikovszky György dr. egyetemi tanársegéd.

Irodalom. 1. *Arkharow*: Recherches sur la guérison de l'infection pneumonique chez les lapins au moyen du serum des lapins vaccinés. Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. IV. k. — 2. *Audeoud*: La serotherapie de la pneumonie. Rev. méd. de la Suisse romande. 13. k. — 3. *Banti e Pieraccini*: Il siero antipneumonic Passé nella cura della polmonite. Le Sperimentale. 1899. 2. sz. — 4. *Bassi*: Cura della pneumonie acuta grave colla iniezione endovenosa di siero artificiale. Gaz. d. osped. e della clin. 1896. — 5. *Belfanti*: Sulla immunizzazione del coniglio per mezzo dei filtri di sputo pneumonico. Rif. med. 1892. — 6. *Bessone*: La cura della polmonite crupale collo siero antidifterico. 1898. — 7. *Bunzl-Federn*: Ueber Immunisierung und Heilung bei der Pneumokokken-Infektion. Arch. f. Hyg. 1894. — 8. *Cantieri*: La serotherapie nella polmonite lobare. Morgagni. 1899. január. — 9. *Capitan*: Un cas de pneumonie franche arrêté dans sa evolution, puis guéri par l'injection de serum antiphthérique, suivant la méthode de Talamon. Méd. moderne. 1901. 12. sz. — 10. *Concetti*: Puntura lombare e serotherapie nelle meningiti acute non tubercolari dell'infanzia. Bull. della Reale Accad. med. di Roma. 1899. 5. sz. — 11. *Cooke*: Two cases of acute lobar pneumonia, treated with antipneumococcic serum. Brit. med. J. 1899. — 12. *Emmerich*: Ueber d. Infection, Immunisierung und Heilung bei croupöser Pneumonie. Z. f. Hyg. 17. k. 1894. — 13. *Emmerich-Fowitzky*: Die künstliche Erzeugung von Immunität gegen croupöse Pneumonie, und die Heilung dieser Krankheit. Münch. med. W. 1891. 32. f. — 14. *Eyre-Washbourn*: Experiments with Pane's antipneumococcic serum. Lancet. 1899. I. k. — 15. *Eyre-Washbourn*: Further experiments with Pane's antipneumonic serum. Brit. med. Journ. 1899. II. k. — 16. *Fanoni*: Raport of six cases of pneumonia treated with antipneumonic serum. New-York med. Journ. 70. k. — 17. *McFarland and Lincoln*: A preliminary note on antipneumococcus serum. Journ. of the

Amer. med. assoc. 33. k. 1899. — 18. *Foa*: Sulla immunità verso il diplococco pneumonico. Il policlinico. 1890. 18. sz. — 19. *Foa*: Über d. Infection durch den Diplococcus lanceolatus. Z. f. Hyg. 1893. 15. k. — 20. *Foa*: La sieroterapia. La Rif. med. 1895. 4. kötet, 22. sz. — 21. *Foa e Carbone*: Sulla immunità verso il diplococco pneumonico. Gaz. med. di Torino. 1891. 1. sz. — 22. *Foa e Carbone*: Sull' infezione pneumonica. Rif. med. 1891. — 23. *Foa e Scabia*: Sulla immunità e sulla terapia della polmonite. Gaz. med. di Torino. 1892. 13., 14. és 16. sz. — 24. *Foa e Scabia*: Sulla pneumo proteina. Gaz. med. di Torino. 1892. 22. sz. — 25. *Goldsborough*: A contribution to the treatment of pneumonia with antipneumococcic serum. Journ. of the Amer. med. assoc. 1901. — 26. *Harnett*: A severe case of pneumonia in an alcoholic subject treated with antipneumococcic serum: recovery. Brit. med. Journ. 1899.

Tekintettel arra a számos vizsgálatra, melyet a pneumonia serum kezelését illetőleg végeztek, talán nem lesz érdektelen, ha azokat lehetőleg könnyen áttekinthetőleg összefoglalva ismertetem. A könnyebb megértettség kedvéért be fogok számolni azokról a módszerekről is, a melyekkel pneumoniával szemben immunitást akartak elérni, sőt nem hagyom figyelmen kívül azokat az eljárásokat sem, melyek, ha nem is függnek szorosabban össze a tüdőgyulladás serumos kezelésével, voltaképpen mégis ide tartoznak. Ilyen pl. a meningitis és az ulcus corneae serpens kezelése antipneumococcus-serummal, továbbá a tüdőgyulladás kezelése mesterséges és diphteriaellenes serummal.

*Foa*¹⁸ a Fraenkel-féle diplococcus húsleves-tenyészetéből kén-savas ammoniummal csapadékot készített. Ha ezt nyulakba beoltotta, bőrük alatt, valamint szívburkukban bőséges savós exsudatum gyülemlett meg, de diplococcusokkal fertőztetve, később pusztult el, mint a kontroll-állatok. Ha diplococcus-infectio következtében elpusztult nyul izmaiból és zsigereiből készített kivonatot s ezt csapta ki kén-savas ammoniummal, akkor oly anyagot kapott, mely nyúlakba venájába fecskendezve, azt virulens diplococcus befeeszkedésének következményeitől megvédte, míg a kontroll-állat két nap alatt elpusztult. Ép, tehát diplococcusallal nem fertőzött nyúl szerveinek kivonatából ugyanolyan módon készült csapadék nem mutatott védőképességet. Kísérleteinek eredményét *Foa* akképp foglalja össze, hogy immunitást nyúlakban el lehet érni akár a gyengített vírusnak, akár a fertőzés következtében a szervezetben kifejlődött oldható anyagoknak befeeszkedése által.

1891-ben *Foa* *Carbone*-val²¹ megismételte régebbi kísérleteit. Fraenkel-féle diplococcus húsleves tenyészetéből kén-savas ammoniummal kicaptott anyag kis dosisait 3—4 napon át nyulakba oltva, azok diplococcusokkal szemben immunná lettek, sőt az így immunizált nyulak serumával más nyúlak is sikerült immunitást elérni.

Foa és *Scabia*²⁴ 1892-ben pneumococcus húsleves tenyészetét Chamberland-szűrőn átszűrte, s a visszamaradt diplococcusokat összegyűjtve, 5%-os vizes glicerinnel oldatban 3 órán át 55° C-on tartották. Az így nyert kivonatot pneumoproteinek neveztek el, s azt tapasztalták, hogy ha ezt nyulakba fecskendezték, az azokat minden eddigi módszernél jobban megvédte pneumococcusallal szemben. Kísérleteik szerint immun nyúl egyetlen szervének kivonata sem mutatott erősebb immunizáló képességet, mint a vérsavó. Azon nyulak immunitása, melyeknek lépét előzőleg kiirtották, éppen oly erős és olyan hosszú ideig tartó volt, mint az ép állatoké. A lép eltávolítása azonban, akár egy érvágás, gyengítve az állatot, megnehezíti annak immunizálását.

Hepatitisz emberi tüdőből készült kivonatokba állatokba fecskendezése *Foa*¹⁹ szerint azért nem járt semmi eredménnyel, mert az illető egyén betegségének oly stadiumában halt meg, a mikor az immunizáló anyag képződéséhez még nem volt elég idő. Gyógyult pneumoniás emberek savója mindig hatástalannak mutatkozott.

Tekintettel arra, hogy a többi szerző immunizáló kísérletei időközben egymásnak nem ritkán ellentmondó eredménnyel jártak, *Foa*¹⁹ 1893-ban azt állítja, hogy az egyes kísérletezők nem ugyanazon diplococcusallal dolgoztak. Ő, eltekintve a különböző tenyésztés által produkálható variációktól, kétféle diplococcus lanceolatus különböztet meg, úgymint: 1. a pneumococcus és 2. a meningococcus.

A pneumococcus a bőrön a beoltás helyén gyulladásos oedemat, kis fokú septicaemiát s a lépnek puha, congestiós duzzadását okozza. 24 óra alatt öl és megöli az uterusban levő foetusokat is. A meningococcus localis reactiót nem okoz, az állat nagyfokú septicaemia következtében rendszeren 3 nap alatt pusztul el, miközben ha viselő volt, abortál. A lép vénáiban, a máj edényeiben és a vese glomerulusaiban fibrin csapadék lép fel, minek következtében a lép teriméjében meg-nagyobbodik és kemény lesz. A meningococcusnak egy válfaja a streptococcus lanceolatus, mely tenyésztésben és exsudatumokban lánczokat képez s az állatot 24 óra alatt ugyanolyan tünetek között öli meg, mint a meningococcus. *Foa* a pneumococcus toxikus vagy oedematogen, a meningococcus septikus vagy fibrinogen válfajnak nevezi. A kétféle sohasem megy át egymásba, de keverten úgy a tüdőt, mint a meninxet megfertőzhetik.

1893-ból való közlése szerint *Foa*¹⁹ immun-állat vérére felfogva, azt egy hónapig elzárva sötétben tartotta. Ennek Chamberland-szűrőn átszűrte vizes glicerinkivonatával kezelt nyulak 8 naponként megismételt 2—3-szori infectiót is elbírtak. Ez az eredmény azonban csak a toxikus formánál volt biztos (1. alább), a septikusnál változó. Ez is bizonyítja a kétféleséget, valamint az is, hogy az egyik fajnak kivonatával sohasem sikerült a másik fajjal szemben immunizálót hatni.

*Foa*²⁰ 1895-ben Lugol-oldattal gyengített diplococcus-tenyésztéssel annyira tudott nyulakat immunizálni, hogy azok olyan (akár pneumococcus, akár meningococcus) tenyészetnek 160 cm³-ét is elbírták, a mely

tenyészetnek egy kétezredrésze cm^3 -e megölte a nem immunizált nyulat. Ha az ily erősen immunizált nyúl savójából 5–10 cm^3 -t ép nyúlba fecskendeztek s a nyulat 12–15 óra múlva különben biztosan halálos dosis tenyésztetl fertőzték, az állat életben maradt, sőt egy következő fertőzést is baj nélkül viselt el. A kísérleti állatok akkor is életben maradtak, ha a serum a fertőzéssel egyidejűleg, sőt 5 órával utána lett befecskendezve. Kisebb dosissal való fertőzést az immunisavóval kezelt nyulak 3 hónappal a kezelés után is elbírtak, maguk is immunokká lettek, sőt savójukkal egy harmadik sorozatot is immunizálni lehetett. Főa serum, $\frac{1}{2}\%$ carbollal eltéve, még három hónap múlva is védeni volt képes.

Klemperer G. és Klemperer F.³¹ (1891) immunitást tudtak elérni a krisisen túl levő pneumóniások köpetével, metapneumoniás empyema bakteriummentes genyének befecskendezésével, melegített rubiginosus köpettel, pneumococcus agartenyészetének 60° C-ra melegített glicerinkivonatával, csiramentessé tett, de mérges bouillonnal és végre 1–2 órán át 60° C-on vagy 2–3 napon 41–42° C. tartott filtrált vagy nem filtrált bouillon-tenyésztetl. A csiramentes, de virulens húsleves-tenyésztéből ismételt alkoholkicsapás és vízben o'dás által egy amorph sárgás-fehér toxalbumint kaptak, melyet pneumotoxinnak neveztek el. Ez egészséges állatokat immunizált, betegeket azonban nem gyógyított.

Intravenosus befecskendésekkel 3–4 nap alatt, subcutan befecskendésekkel csak 14 nap alatt sikerült immunitást elérni s utóbbi esetben nagyobb dosisokra is volt szükség. A beállott immunitás különböző hosszú ideig, egyes állatoknál 6 hónapig tartott. Immun anyától származott 6 kicsiny nyúl közül 5 három héttel születése után immunnak mutatkozott.

Kruse és Pansini³³ (1891) négyféle módon tudtak állatokat pneumococcusall szemben immunizálni. 1. Oly kevés virulens diplococcus befecskendése által, a menytől az állat nem pusztult el, abscessus azonban képződött a befecskendés helyén. (Szerintük erre a localis reactiora szükség van.) Tályogot elszenvedett 39 nyúl közül hat hónapokon át immunnak mutatkozott. 2. Nagyobb adag szűrt vagy főzött tenyészetnek befecskendése szintén sikerrel járt. 3. Pneumococcus septicaemiában elpusztult nyulak alkohollal megalvasztott vérenek glicerinkivonata szintén immunizált. 4. Néha (kevés és változó eredményű kísérlet) kutya (természetből fogva relativ immun-állat) vérsavójával is sikerült immunizálni.

Vassale és Montanaro³³ 1891-ben 45 gm. a hepatitis grisea szakában levő emberi tüdőrészt mozsárban szétörzsöltek, azután víz és glicerín (aa 30 gm.) keverékében egy óra hosszat főzték, majd az egészet megszürték. A szűrtletből 9–9 cm^3 -t két nyúl bőre alá fecskendezve, ezek a pneumococcusall való fertőzést kiállották, míg a két kontroll-állat 3 nap alatt elpusztult.

Emmerich és Fowitzky¹³ szerint gyengített tenyészetnek subcutan befecskendése csak tökéletlen immunitást nyújtott, s a szövetnedveknek gyógyító ereje is kisebb volt. Ha ellenben erősen hígított, de különben nem gyengített virulentiájú tenyszetet intravenosusan fecskendett be, az immunitás is, s a szövetnedveknek gyógyító ereje is tökéletes lett.

Mosny-nak³⁵ 1892-ben közölt kísérletei szerint a pneumococcus minden mesterséges és természetes táptalajon oly anyagot képez, melyet szűrés által el lehet a mikrobáktól különíteni, s ez a szűrtlet azután nyulakba fecskendezve, azokon enyhe pneumococcus-septicaemia symptomákat idéz elő. Az enyhe septicaemia kiállása után a nyúl igen virulens pneumococcus halálos adagjaival szemben is refractar lesz, akár subcutan, akár intravenosusan juttassuk is azt a szervezetbe. Biztos és tartós immunitást el lehet érni pneumococcus-infectio következtében elpusztult nyúl macerált szervei szűrtletének befecskendezésével is. Ha pneumococcus-tenysztetl akarunk immunizálni, akkor azt előzőleg 3 órán át 60° C-on kell tartani.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Carwardine: Practical surgery. John Wright & Co. Bristol. Ára 13 korona 20 fillér.

Carwardine gyakorlati sebészete 1901 óta 3 kiadást ért meg. A kiátekint a művet, az azonnal érteni is fogja a nagy kelendőség okát. Egy mű, a melynek 600 és néhány oldalán 550 díszes illustratio van és hozzá meg csaknem valamennyit a szerző rajzolta. Hiába, a sebész-kedést látva kell megtanulni, s miután az embernek nem mindig nyílik alkalma operatiókat szemlélhetni, ezért törekedjék legalább jól illusztrált könyvet beszerezni. Ha a szerzőnek egyéb érdeme nem lenne, az, hogy a sok szép ábrát megrajzolta, elegendő lenne ahhoz, hogy könyvét vásárolják. Csakhogy a szöveg is kiválóan van megszerkesztve. Ennek egyedüli hibája talán a túlságos tömörség. Kár, hogy a szerző a Röntgensugarak alkalmazásával olyan röviden végez. A trepanatiókról szóló rész valóságos mestermunka. A törésekről és ficamokról szóló rész foglalja el a könyvnek két harmadrészét és épen ez emeli legjobban a mű értékét. A különféle járó kötések, szétzedhető gyps-modellek leírása igen tanulságos a gyakorló orvos részére.

Angolul értő kartársak jól teszik, ha megszerzik ezen gyakorlati értékű művet. A szerzőn kívül irtak még a műbe F. R. Cross és W. Ackland dr.-ok is.

Erőds Adolf dr.

Gilbert et Posternak: La médication phosphorée. Paris. Masson et comp. éditeurs.

A Critzmann-féle „L'oeuvre médico-chirurgical“ sorozatában megjelent füzet egy a modern therapiában fontos szerepet játszó kérdést tárgyal. Az ajánlott phosphorkészítmények tömege oly óriási, hogy a gyakorló orvosnak tájékozásra van szüksége az iránt, vajjon az organikus phosphorkészítmények az ásványiakkal egyenértékűek-e s az organikus phosphorpraeparatmok közül melyek érdemlik meg az alkalmazást. E tájékozást megkaphatja Gilbert és Posternak e könyvében, mely az olvasót végig vezeti gondos vizsgálatok és alapos irodalmi tanulmányok alapján a phosphorra vonatkozó kérdések egész birodalmán. Hét fejezetben tárgyalják a szerzők a phosphor változásait az organismusban, a statikus phosphor szerepét a szervezetben, a kiválasztott phosphorsav keletkezési módját, az idegrendszer befolyását a phosphor átalakulására, a táplálékkal bevitt phosphor jelentőségét s aprólékosan elmagyarázzák az organikus phosphorpraeparatmok, a nucleinek, lecithinek, glycerophosphatok tápláló és gyógyító értékét, számszerű összehasonlításokat téve ez irányban. A füzetet tárgyának fontossága és irányának élvezetessége folytán ajánlhatjuk az érdeklődők figyelmébe.

Uj könyvek. Baruch-Lewin: Hydrotherapie. Berlin, A. Hirschwald. — Scholtz: Vorlesungen über die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Mannes. Jena, G. Fischer. — Metschnikoff: Studien über die Natur des Menschen. Leipzig, Veit und Comp. — Schmidt: Die Erkrankungen des Mastdarmes. Würzburg, A. Stuber. — Hirschfeld: Über den diagnostischen und prognostischen Wert von Leukoeyten-untersuchungen. Berlin, Fischer. — Iloway: Über diätetische Vorschriften bei der Behandlung chronischer Herzleiden. Berlin, Fischer. — Köninger: Histologische Untersuchungen über Endocarditis. Leipzig, S. Hirzel. — Tjaden: Ansteckende Krankheiten und ihre Bekämpfung. Bremen, G. Winter. — Féré: Travail et plaisir. Paris, F. Alcan. — Hartmann: Organes génitourinaires de l'homme. Paris, G. Steinheil. — Dambrin: Recherches sur l'anatomie pathologique et le traitement des lésions de l'intestin dans les contusions abdominales. Paris, J. Rousset. — W. R. Gowers: Subjective sensations of sight and sound, abiotrophy and other lectures. London, J. and A. Churchill. — A. Abrams: The blues (splanchic neurasthenia), causes and cure. New-York, E. B. Treat.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

Az idült cyanosis polycythaemiával és lépmegnagyobbodással mint új körkép. Osler tanár 3 saját észlelete, valamint az irodalomban talált 6 eset alapján következőképen írja le ezen körképet. Legfel-tünőbb tünet a cyanosis. A köztakaró, főleg az arcon és a kezezen, ibolyás színezetű. Három esetben az egész bőr kifejezetten kékes színű volt. A vér viscositása tetemesen fokozódott. A vörös vérszámok száma erősen megszaporodott; a Cabot által észlelt esetben 12 millióra rúgott a vörös vérszámok száma köbmilliméterenként; a legtöbb esetben 9 millió körül ingadozott számuk. A vör haemoglobintartalma 120–150 volt. A fehér vérszámok száma átlag 10,000 köbmilliméterenként. A lép csaknem mindig tetemesen megnagyobbodott; egy esetben a máj is meg volt nagyobbodva. A 9 eset közül 7-ben a vizelet fehérszínű és hyalin-hengereket tartalmazott. 5 esetben valószínűleg a hosszasan fenn-állott cyanosis okozta börpigmentatio volt látható. A subjectiv tünetek közül előtérben áll a fejfájás, szédülés és általános gyengeség; hányás-inger és hányás is több ízben van feljegyezve, nemkülönben székzsorulás. 3 esetben boncolásra került a sor, a mikor a különböző szervek passiv congestioján kívül nem lehetett egyebet találni. A 9 beteg közül 6 a férfi, 3 a női nemhez tartozott; az életkor 35 és 53 év között ingadozott. A foglalkozást illetőleg valamelyes összefüggés a bántalom-mal nem volt kideríthető. (Americ Journ. of the med. science, 1903. augusztus.) Egy újabb közleményében ugyancsak Osler az irodalomból néhány újabb esetet említ, ezek között elsődleges lépgümőkór néhány esetét, a melyekben szintén cyanosis és polycythaemia volt jelen. Nem tartja azonban valószínűnek, hogy a lépgümőkór volna oka ezen kör-képnek, mert egyrészt az első közleményében említett 9 eset közül boncolásra került 3 esetben léptuberculosis nem volt jelen, másrészt pedig a betegség hosszú tartama is ellenkezik ezen felvétellel. Végül figyelmeztet arra, hogy cyanosis homályos eseteiben tekintettel kell lenni arra is, hogy kátránytermékekkel (pl. acetanilid) való idült mérge-zéseknél is található cyanosis. (British medical journal, 1904. ja uár 16.)

Agytünetek oedemák felszívódásakor. Merklen a párisi „Société médicale des hopitaux“ január 15-diki ülésén arteriosclerosisban és vese-insufficienciában szenvedő öt beteg kórtörténetét ismertette. Az illető betegeknek cardialis, illetőleg hepaticus eredésű oedemák voltak jelen, a melyek felszívódásakor torpor, Cheyne-Stokes-légzés, delirium, elme-zavar, félelemmel párosult izgatottság, sőt coma általános izommerev-séggel, Kernig-tünet és a sphincterek hűdése jelentkeztek. A betegek egyike meghalt; három meggyógyult, a tünetek néhány nap- néhány hét alatt megszűntek; az ötödik betegnél a tünetek kétszer ismétlő-dtek, és az oedemák újból megjelenésekor mindig visszafejlődtek. Ebben az utolsó esetben hirtelen és spontán jelentkezett a felszívódás, míg a többi esetekben úgy értelmezhetők, hogy a felszívódással nem jár kar-öltve mindig polyuria, ennek következtében Andral szerint agyoedema keletkezik, a minek folyamánként jelentkezik az említett tünetek;

míg mások (Vogel, Picard, Bartels) szerint a vérbe felszívódott bizonyos anyagok nem ürülve ki kellő gyorsasággal, izgató hatást gyakorolnak az idegközpontokra. A mi a kezelést illeti: vérvétel és hashajtás jó szolgálatokat tesz, az addig alkalmazott cardio-tonikus és diuretikus orvoslás pedig folytatandó. A prognózis ilyen esetekben általában elég jó. (La semaine médicale, 1904. 3. szám.)

Galandféreg elhajtása. A „Verein deutscher Ärzte in Prag” november 13-dikán tartott ülésén Ritter a Jungclaussen (Hamburg) szerével elért eredményeit ismertette. A szer tulajdonképpen tiszta tökmagkivonat; előnyei, hogy íze nem kellemetlen, hatása biztos és nem mérgező. 17 eset közül csak 3 ban nem volt eredmény; 3 esetben a scolex csak a kúra megismétlésére távozott, a többi 11 esetben pedig már az első használat eredményével járt, minden kellemetlen mellék- és utóhatás nélkül. Az adag gyermekek és felnőttek részére egyforma és körülbelül 300 gramm tökmag kivonatának felel meg. Ehgyomorra adandó reggel teában vagy cacaóban. Hashajtóként purgót és mellette ricinusolajat, valamint hydromelt adott előadó. A szer farmakológiai vizsgálata folyamatban van. (Wiener klinische Wochenschrift, 1904. 1. sz.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Fersannal, a melynek gyógyászati értékéről már nagyon sok szerző felette elismerően nyilatkozott, kiterjedt klinikai és laboratóriumi vizsgálatokat végzett Ghezzi a bolognai egyetem belklinikáján. Különösen érdekesek azon vizsgálatok, a melyek a vizelettel és a bélsárral kiürített vas mennyiségére vonatkoznak s a melyek kétségbevonhatlanul igazolják a fersan-készítmények rendkívül könnyű felszívódását, a melyet különben már a Senator klinikáján végzett anyagcserevizsgálatok is bizonyítottak. Szerző szerint a fersan mint vas- és phosphortartalmú acidalbumin összeköttetés nagyon fontos gyógyszer a chlorosis, az anaemia, az étvágytalanság és a reconvalescentia kezelésében. (Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, 1903. 84. szám.)

A gonosanról, ezen kawa-gyantát és santal-olajat tartalmazó új antigonorhoicumról már meglehetősen sok közlemény jelent meg, a melyeket Boss a következőkben összegez: 1. A gonosan megszünteti azokat a nagyfokú nehézségeket és fájdalmakat, a melyek heveny gonorrhoea eseteiben rendszeren jelen vannak. Még hólyaglobbal szövődés eseteiben is gyorsan megnyugtatja a gonosan a hólyagidegeket és megszünteti a dysuriát. 2. Erős összehúzó és antiseptikus hatása folytán megakadályozza a folyamatnak a húgyeső hátsó részére terjedését s ezzel elejét veszi a szövődeményeknek és a baj hosszas tartamának. 3. Valamennyi balsamicum között a gonosant tűri legjobban a szervezet; a gyomrot nem támadja meg, nem okoz undort, hányingert, a veséket nem izgatja; heteken át használható minden káros következmény nélkül. A gonosan áttetsző, olajos, aromás szagú folyadék, mely kapszulákban kerül forgalomba. Naponta 8—10 capsula fogyasztandó el. (Monatsberichte für Urologie, 8. kötet, 10. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1904. 7. szám. Buday Kálmán: Néhány actinomycosis-esetről. Biró Gyula: A peribronchialis anthracosisos mirigyek el-lágyulásáról.

Orvosok lapja, 1904. 6. szám. Deutsch Ernő: A süketnémaság prophylaxisa, terapiája és a süketnémák tanítása. Kólos Mihály: A malaria.

Budapesti orvosi újság, 1904. 6. szám. Kovács József: További megjegyzések a scrophulosis és a tuberculosis közti viszonyról s a gümőkóros fertőzésről. Konrádi Dániel: Folytatólagos vizsgálatok a szappanos bakteriumölő hatásáról.

Wiener klinische Wochenschrift, 1904. 6. szám. Kreibich: Bőrreflex. Türk: Polycythaemia léptummal és cyanosissal. Schopf: Mikor amputálendő egy sérült végtag? Landsteiner: Az epehólyag sarcomája.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1904. 7. szám. Seegen: Egy a májban található, eddig ismeretlen volt szénhidrát. Martell: A lecitin gyógyászati alkalmazása. Mattiolo és Tedeschi: Paroxysmalis haemoglobinuria két esete. Kassowitz: Az orvos és az alkohol. Kschischo: A hasfalmetszés egyesítése.

Berliner klinische Wochenschrift, 1904. 7. szám. Westenhoeffer: A gümőkóros fertőzés útjai a gyermek testében. Pick: Epithelioma chorioectodermale. Landau: Ugyanaz. Meyer: A Ficker-féle typhusdiagnosticum. Figari: Antitoxinok és agglutininek immunizált állatok vérében. Fibiger és Jensen: A gümőkór átvitele emberre és marhára. Rosenbach: A tabes összefüggése syphilissel.

Centralblatt für Chirurgie, 1904. 5. szám. Kelling: Jejunostomia új módja. Krukenberg: Cholecystenterostomia művi epevezető képzésével.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1904. január. Strinsky: A dementia praecox tanához. Van Vleuten: Hyoscinnal visszaélés kapcsán fejlődött delirium. Vogt: A corticalis folyamatok perseveratioja.

La semaine médicale, 1904. 6. szám. Félix: Az orrsövény nem syphiliticus eredetű átfúródásai. Lejars: A patella alatti zsírszövet idült lobja.

Bulletin général de thérapeutique, 147. kötet 3. füzet. Mauvel: A csecsemőáplálék mennyisége.

Le progrès médical, 1904. 6. szám. Coudray: A gümőkóros adenitisek kezelése. 7. szám. Margain: Hyperkeratosis palmaris mint foglalkozási betegség.

The lancet, 1904. I. 5. szám. Th. D. Savill: Hysteriás börtünetek és eruptiók. C. Th. Williams: A tüdőgümőkór sanatóriumi kezelése. A. Newsholme: A gyökör orvos és a gümőkór elleni praeventiv intézkedések. H. Charlton Bastian: Adatok a filaria perstans ismeretéhez. J. W. Russel: A gyomorfekély utókövetkezményei. Percy Jenkins: Otitis agytályog műtét után gyógyult esete. A. Morison: A szivkimerülés kezelése. J. Gilroy: A meningitis tuberculosa kezelése. Walker Overend: Az ichthyol értéke gümös mirigyek kezelésében. Harold A. Easton: Intraperitonealis köteg okozta heveny bélstrangulatio esete. A. Evans: Betokolt hydrocele funiculit utánzó, a sérvtömlőhöz tapadt feregnyúlvány. N. Raw: Tubaterhesség műtét után gyógyult két esete.

British medical journal, 1904. február 6. Howard Marsh: A sebészet haladása. Ch. Barret Lockwood: Az aseptikus sebészet elmélete és gyakorlata. W. D. Spanton: Az appendicitisre vonatkozó gyakorlati adatok. D'Arcy Power: A rák kezelése Schmidt-féle serummal. G. F. Vincent: Tejmegezés okozta heveny septikus colitis. W. B. Leishman: Paraziták tropusi splenomegalia eseteiben. P. S. Sturrock: Aneurysma-repedés esetei. Ch. D. Muspratt: Heveny haemorrhagiás pancreatitis műtét után gyógyult esete. R. Rentoul: Koloidképződés vaccinatio után. Rushton Parker: Aneurysma cirsoideum a fején; kiirtás.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1904. február 19.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1904-dik év 4. hetében (1904. január 24-dikétől január 30-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katona 16,484, összesen 813,399. Elveszületett 400 gyermek, elhalt 341 egyén, a születések tehát 50-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 26.3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 22.4, az egy éven felüli lakosságnál: 15.8, az öt éven felüli lakosságnál: 14.0. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlelő 10, gümös agykérlelő 2, agyguta 9, rángörös 12, terjedő hűdés 6, hátgerinczsorvadás 2, szivbaj 16, höröglob 1, tüdőlob 28, hurutos tüdőlob 3, mellhártyalob 6, tüdővész 53, tüdőleégdág 4, bélhurut 11, májbajok 0, hashártyalob 0, kizárt sérv 2, Brightkór 0, vesezületett gyengeség 16, gyermekaszály 0, aggaszály 10, rák 3, méhrák 3, egyéb álképlet 7, gümös bajok 1, kanyaró 3, vörheny 7, ál. gégelelő 1, ronesoló toroklob 6, hőkhurut 1, gyermekági láz 1, hagymáz 2, influenza 2, himlő 0, vesezületett bujakór 2, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 1, lépfene 0, ebdüh 0, genyver 0, gyilkosság 0, öngyilkosság 1, baleset 3, erőszakos, kétes 0. **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3519 beteg, szaporodás 802, csökkenés 846, maradt e hét végén 3401 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1904. évi január 24-dikétől január 30-dikáig terjedő 4. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 82 (117), vörheny 50 (72), ál. gége- és ronesoló toroklob 37 (46), hőkhurut 19 (37), gyermekági láz 2 (0), hasi hagymáz 0 (0), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 29 (29), vérhas 0 (0), orbáncz 19 (19), járv. agy-gerincezagykérlelő 0 (0), járv. fültömirigylob 9 (6), trachoma 1 (6), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Kitüntetés. Thomann Dávid dr.-t, nyug. zemplénmegyei járás-orvost és tb. főorvost ö Felsége az egészségügy terén szerzett érdemei jutalmául a Ferencz József-rend lovagkeresztjével tüntette ki.

① **Tisztiorvosi vizsgára** előkészítő gyógyszer-tani cursust kezd az egyetemi gyógyszer-tani intézetben február 29-dikén délután 1/26 órakor Fenyessy Béla dr. egyetemi tanársegéd.

× **Az első ezidei Markusovszky-előadást** Bókay tanár prodekán megnyitó beszéde után e hó 17-dikén tartotta meg Klug tanár az egyetemi élettani intézetben rendkívül nagy hallgatóság előtt. Az előadást közölni fogjuk.

□ **Az országos közegészségi tanács** folyó hó 18-dikán tartott ülésében a fővárosi fertőtlenítő szabályzatát véleményezte; adott eset kapcsán egy szabályrendelet kidolgozására tett javaslatot, a mely a serumtermelés, nemkülönb az organotherapiás szerek előállítására és forgalomba hozatalára szükséges állami ellenőrzés szervezését és rendszerezését megállapítja; az erre vonatkozó ministeri leirathól kifolyólag intézkedett, hogy az állandó gyógyszerkönyvi bizottság a ministerileg immár helyben hagyott alapelvek szerint a gyógyszerkönyv III. kiadásának szerkesztését megkezdje; azonfelül hét folyamodónak külön-féle gyógyszerkülönlegességéről adott véleményt.

∞ **Budapesti orvosi kör országos segély-egylete.** Az 1903. évi kimutatásból kimaradt Rónay Gusztáv dr. Budapest, fizetett 1903. évre; Vécsei Gyula dr. tévesen hátrálékosnak van feltüntetve. 1904. évben már meglevő alapítványaitak növelték Müller Kálmán dr. főrendiházi tag ő méltósága 100, Stiller Bertalan dr. tanár 200, Novotny Lajos dr. orvos 300 koronával. Alapítóknak beléptek: Perény Dezső dr. Budapest 100, Szenes Zsigmond dr. Budapest 200, Lichtenstein Salamon dr. Budapest 200, Budapesti orvosi casino 100, Havas Adolf dr. egyetemi tanár 100, Müller Ede dr. Budapest 100, IX. Szünidei orvosi cursust előadói 200, Imrédy Béla dr. egy. m. tanár 100 koronával.

Rendes tagul beléptek a következő orvosok: Aniszfeld Endre Hódmezővásárhely, Albecker Károly Dunavese, Boljories Tihamér Mohács, Brunner Lajos Debreczen, Braun Gyula Csóka, Csiszér Miklós Csik-Szt.-Márton, Czigler Henrik Eger, Daitz Ede Felka, Diamant László Új-Pécs, Ecsedi Mór Tarnaméra, Fehér Samu F.-Ireg, Földi Adolf Bőd, Fáy Máttyás Miklós Új-Tátrafüred, Fodor Ignác Pécs, Gadányi Lipót Budapest, Gottlieb Ede Csantavér, Gaal Adolf Aszód, Hofbauer Imre, Hudovernig Károly, Hazslinszky Hugó Budapest, Hincz Henrik Budapest, Hecht Adolf Arad, Horváth József Székelyhid, Iványi Ernő Budapest, Irics Ignác Hódmezővásárhely, Jánosi József Jánosföld, Kajdy József B.-Diószeg, Kirchner József Rudolfsnad, Kakas Márton Zombor, Liszt Nándor Tetétlen, Löwy Zsigmond Szentes, Lövinger Zsigmond N.-Szombat, László Károly Izsák, László Samu Kapuvár, Müller Samu Mohács, Márton Ödön Alsó-Nyárasd, Munk Jakab D.-Szerdahely, Moskovits Ignác Héthárs, Molnár Elek Köröshegy, Mikolay István Szarvas, Neumann Jákó Kis-Bér, Papp Károly Budapest, Polereczky András Heves, Porgesz Bertalan Vág-Beszterce, Rácz Miksa Orosháza, Seliga János Budapest, Stauber Hugó Mágocs, Szőke Gyula Komádi, Szabó Ödön Szászrégen, Varga Antal Budapest, Vida Lajos Mohács, Widder Adolf Bilke, Rózsa N. Szántó, Sternberg Géza N.-Károly, Timár Miksa Túrkeve, Valkó Rezső Budapest.

Alulírott pénztáros tisztelettel felkérem az újonnan belépő orvos urakat, hogy első alkalommal nevüket a befizetési lapra olvashatóan írják ki, pontos tagkönyvi bejegyzés eszközése végett. Az összes tagurakat pedig ez úttal felkérem, szíveskedjenek tagdíjait a kimutatással küldött „Befizetési lapon” megküldeni, annál inkább, mert új befizetési lapok szétküldése, úgyszintén a tagdíjbefizetési felhívás jelenléte költséget igényel. A mennyiben a Befizetési Lap elhanyagolódik, a befizetések postautalványon címemre eszközölhetők.

Budapest, 1904. február 14-dikén.

Katona József dr., pénztáros. IX., Soroksári-út 74.

+ A budapesti orvosi kör országos segély-egylete pénztárába befizettek: alapítványt Blayer Miksa dr. 30, Mutschenbacher Béla dr. 30, Stern Ernő 100, Perémi Dezső 100, Szenes Zsigmond dr. és Lichtenstein Salamon dr. 85—85, Budapesti orvosi casino 100, Krondorfi kútvállalat 25, Szűsz István 10, Herczel Manó dr. 100, Meisels Vilmos dr. 10, Egger Leó és Egger J. dr. 50, Müller Kálmán dr. 100, Havas Adolf dr. 100, és Müller Ede dr. 100 koronát.

Tagdíjat fizettek 1903. évre: Hermann Manó, Kohn Márk, Mezey Gyula, Spuller József, Arányi Gusztáv, Erényi Jenő, Kármán Samu, Lustig Zsigmond, Preisch Cernél, Misner Antal, Androvich Sándor, Révész Zsigmond, Mandl Miksa, László Kálmán, Mezey Sándor, Schwarcz Tivadar, Göbel József, Pataki Ármán, Lövy Jakab, Bolemann István, Hübs Miksa, Simontits Máttyás, Vécsy Gyula, Szörényi Zsigmond, Kemény Gyula, Schulmeister Márton, Berger János, Pálffy Gyula, Skulteti Tivadar, Szilágyi János, Lehner Jakab, Farnos Árpád, Kromberger József, Bargár Albert; 1904. évre Brünauer Ambró, Steiner József, Révész Fülöp, + elemen Mihály, Korein Adolf, Hofbauer Miksa, Kollár Kamil, Kohn Ármán, Kerekes István, Boér Jenő, Csatkai Ignác, Vas Sándor, Petz Lajos, Olariu Valér, Zemplén vm. orv.-gyógyász.-egyl., Skirpán Ambrus, Kelnér Mór, Kádár Antal, Berger József, Háy István (10 k.), Berger József, Müller Samu, Lukács Imre, Kovács Bálint, Becher Áron, Glasner Ármán, Tóth Imre (6 k.), Friedlander Simon, Jonovics János, Kaufer D., Rákossi Béla, László Elek, Homoky Ferenc, Dragits Imre, Udránszky László, Balogh Jenő, Minich Károly, Lenkei Vilmos, Fridmann Sándor, Juhász Lajos, Kaiser Károly, Terray Pál, Moskovics Ignác, Bayer Sándor, Gadányi Lipót, Genersich Antal, Mayer Árpád, Hudovernig Károly, Bókay Árpád, Révész Gyula, Hazslinszky Hugó, Politzer Illés, Bakó Sándor, Digen Árpád, Révész Vilmos, Schwarcz Samu, Neuman Jákó; 1902. évre Kuthy Elek; 1902—3. évre Belle Gyula, Kelen István, Pómer Albert (10 k.), Wachsmann Ede, Graner Adolf, Dévai Mór, Kostyálkai Ferenc, Frommer Ede, Messer Samu; 1901—2. évre Huray István (6 k.); 1900—3. Winter Simon, Szigeti József, Rossai Mór, Dembitz Sándor, Fuchs Ignác (10 k.), Morvay István, Gara Dávid; 1898—1903 Scheitz Vilmos 24 korona; 1902—1904 Gara Dávid, Kovács S. Endre, Pethő Ernő, Welvarth Adolf, Raisz Oktáv, Wesselovszky Béla; 1903—1904. évre Kabdebó János, Tolnai Bernát, Rüll János, Detre László, Engel Imre, Ney Adolf 6 kor. 1901—2. évre. Haberern J. Pál 1904-re 6 k., Christian József, Jankura István 10—10 korona. Budapest 1904. február 8-dikén. Katona József, IX., Soroksári-utca 74.

= A Ferencvárosi Orvostársaság február 10-dikén tartotta tisztújító közgyűlését Bókay Árpád egyetemi tanár elnöke alatt. Lengyel Lajos titkár kimerítő beszámolója után megejtették a tisztújítást, melynek eredménye a következő. Elnök: Bókay Árpád dr., al-elnök: Büchler Lipót dr., I. titkár: L. Lengyel Lajos dr., II. titkár: Rónay Gusztáv dr., pénztáros: Czoniczer Márton dr., választmány: Baum Ignác dr., Bräuner Fülöp dr., Cseley József dr., Davida Miklós dr., K. Fivály György dr., Hieronymi Géza dr., Högges Endre dr., Ihrig Lajos dr., Rákosi Béla dr., Tatár János dr. A közgyűlést vacsora követte.

< A budapesti terézvárosi orvos-társaság f. hó 11-dikén tartotta évi rendes közgyűlését. A megejtett tisztújítás eredménye a következő: elnök Weisz Jakab dr., alelnökök Wargha László dr., Glass Izor dr., titkár Bodon Károly dr., jegyző Pollatschek Elemér dr., pénztáros Hasenfild Artur dr.; választmányi tagok: Cserháti Mór, Demkó Béla, Fejér Gyula, Hirschler Ágost, Irsai Artur, Klein Fülöp, Liebmann Mór, Ónodi Adolf, Rákai Dezső, Róna Samuel, Schulhof Jakab, Schulhof Rezső, Schusehny Henrik, Schrank Simon, Tauszk Ferenc, Tóthfalussy Gyula, Tihanyi Mór, Wiederspann Károly.

△ Megválasztás. Balogon e hó 5-dikén megtartott választáson Lusztig Sándor dr.-t választották meg körorvosnak.

— Gyakorló orvosok akadémiaja létesül Kölaben, mely a bonni egyetemmel kapcsolatban lesz olyformán, hogy a gyakorló orvosok akadémiaján időközönként bonni orvostanárak fognak praelegálni, viszont Köln ennek fejében 15.000 ápolási napnak megfelelő beteg tanítási célokra átutal a bonni egyetemnek.

< Kérem valamennyi hazai orvoscollega úrhoz, illetve megfelelő kórházi, klinikai főnőkörovoshoz Behatóbban foglalkozva a Snegirjev-Pincus-féle atmo-zestokausissal (vaporisatio), azt a tisztelettel teljes kérdést, illetve kérést bátorodom a m. t. orvos-sebész collega urakhoz intézni, hogy végeztek-e egyáltalában, s ha igen, hány ízben ily operálást. Utóbbi esetben szépen kérem, hogy alanti néhány kérdésemre lehető pontos választ adni kegyeskedjenek: beteg kora, foglalkozása, panasza, status praesens, diagnosis, előment therapia (főleg curettage-ok száma!), indicatio, behatás ideje, narcosis, a használt vaporisator szerkesztője (Pincus, Dührssen), az utókezelés módja (esetleges nehézségei), vég-eredmény (tartós-e, s ha igen, körülbelül mennyi idő óta), esetleges megjegyzések, meg van-e elégedve a gyógyeredményekkel? A mélyen tisztelt collega urakat végre arra kérem, hogy minden esetüket lehetőleg rövid idő alatt kegyeskedjenek velem közölni czímemen, s engedélyüket, hogy egy tabellaris kimutatásban összeállíthassam és esetleg közzé is tehessem; a remélhető tanulság bizonyára megmagyarázza kérésem szíves megválaszolását, a melyért előre is hálásan mondok köszönetet. Collegialis tisztelettel Csiky János dr., v. II. női klinikai tanársegéd, Budapest, IX., Üllői-út 69, II., 4.

∞ Az olvashatlan recipék ellen adott ki az osztrák belügy-minister újabb rendeletet, mely megköveteli, hogy az olvashatatlan recipék felől a szer kiszolgáltatása előtt meg kell a rendelő orvost kérdezni. A vényeken azonfelül a beteg nevének és lakcímének is fel kell jegyezve lennie.

† Mentők lapja czímen Kovács Aladár dr. szerkesztésében új lap jelent meg, melynek célja, hogy a mentőintézménynek tükrét adva, társadalmi értesítőben mozgassa elő az ügy érdekeit. A minden hó 10-dikén megjelenő lap előfizetési díja 6 korona.

△ Hibaigazítás. „Elme- és idegkórta” mellékletünk 122. lapján a 16. sorban „Richter-féle módszerrel” helyett „Ranschburg-féle módszerrel” olvasandó.

□ Megjelent. Az irgalmasrend nagyváradi kórházának kimutatása 1903-ról, mely szerint az illető kórházban az elmúlt év folyamán 388 egyén ápolatott. Ezek közül gyógyulva 313, javulva 36 hagyta el a kórházat. — Kovács A. Ödön: A tuberculosis házi kezelése. Orvosok Lapja. 1904.

† Elhunyt. Putnoki Mór dr., volt 1848/49-diki honvédorvos Szegeden.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Újonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.



Téli fürdőkúra
a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénas források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage. Olcsó és gondos ellátás. Csúszkőszvény, ideg-, bőrbajok és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán.

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697.

Mechanikai Zander-gyógyintézet
Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)

Teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testgyógyítás. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vizgyógyimód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54—20. Igazgató-orvos: Dr. Reich Miklós.

„Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatorium vízgyógyintézete. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, massage, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. — Telefon. — Rendelő orvos: Dr. Jakab László.

Elektromágneses intézet (Müller Konrád J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában Budapest, Városligeti fasor 15. Főbb javatok: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor, bélbántalmak, fejfájás, csúsz, stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: Réh Béla dr.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (IV. rendes tudományos ülés 1904. évi január hó 30-dikán.) 120. l. — (V. rendes tudományos ülés 1904. évi február hó 6-dikán.) 121. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosis-bizottsága. (1904. február 4-dikén tartott ülése.) 123. l. — Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1903. április 30-diki ülés.) 124. l. — (1903. évi november hó 12-dikén az új szent János-kórház sebészeti osztályán tartott ülés.) 124. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(IV. rendes tudományos ülés 1904. január 30-dikán.)

Elnök: Bókay János. Jegyző: Illyés Géza.

(Vége.)

Pertik tanár azt a kérdést intézte volt hozzája, mit ért véggövetkeztetése VIII. pontja alatt, a mely így szól: „A gümőkór localisatióját az infectio kapuja és nem a szervek dispositioja határozza meg”. Meg kell itt jegyezni, hogy a localisatio alatt a localisatióis sorrend értendő. Az egészszel pedig azt akarja kifejezni, hogy sem specifikus affinitás, sem specifikus resistentia gümöbacillus és valamelyik szerv vagy szövetelem — mint pl. lépfene s szív, vagy véredény endothel — közt nem észlelhető, hogy statistikailag mégis olyan óriási különbség mutatkozik az egyes szervek gümőkórjában, azt tisztán a fertőzőési módok, a fertőzőési kapuk egyenlőtlen elosztása okozza. Aërogen fertőzésnél a tüdő és a hozzátartozó nyirokmirigyek, alimentaer fertőzésnél a cervicalis nyirokmirigyek, illetőleg abdominalis szervek betegszenek meg először. És ha *Detre* tagtárs ez ellenében azt hozza fel, hogy ő a malacznál a szerveket mindenkor egy meghatározott sorrendben látja megbetegedni, úgy szóló azt csakis úgy magyarázhatja, hogy *Detre* infectiionál ugyanegy fertőzőési mód és kapu szerepel, mint az kiténik abból, hogy a subcutan fertőzés mellett is a genitalis infectiokor az inguinalis nyirokmirigyek, majd máj és lép, cervicalis infectiionál a nyaki nyirokmirigyek és tüdők betegszenek meg először; intraperitonealis fertőzésnél máj és lép, intratrachealis vagy inhalatio általi fertőzésnél a tüdő betegszik meg először, alimentaer fertőzésnél az eredmény nem olyan állandó, mert hisz itt két, esetleg több kapu jön számba. Berend tagtársnak a következő pontokra felel. Ő *Bloch* legújabb vizsgálatai alapján kétségbe vonja a bél nyákhártyája átjárhatóságát; itt sem *Disse*, sem *Bloch* szövettani vizsgálatai nem lehetnek döntők és attól tart, hogy ezen az alapon megmaradva, a t. tagtárs még nagyon sokszor lesz kénytelen álláspontját változtatni. Itt az experimentalis tények a döntők, ezek pedig a mellett szólnak, hogy ilyen lymphatismusnak léteznie kell, de különben hogy akarja *Berend* tagtárs ilyen negatív állásponttal az ő 90%-os scrophulosis-tuberculosis statistikáját kihozni. *Berend* tagtárs nem acceptálja szóló experimentalis scrophulosis eseteit és itt párhuzamot von az általa és *Cornet* által végzett kísérletek közt és azt mondja, ha szóló nem fogadja el a *Cornet* scrophulosisait, úgy ő nem hajlandó szóló experimentalis scrophulosisait elfogadni, és esetei egy részéről azt mondja, hogy sebinfectiőről van szó. Ez a dolog nem így van, mert sem *Garré*-nak, sem *Schimmelbusch*-nak, sem *Cornet*-nek az úgynevezett pyogen scrophulosis nem sikerült előállítani; ezzel szemben szóló eseteiben különösen nyaki nyirokmirigydagánatok jöttek létre, még pedig egy ízben elgyenyedéssel, még pedig mindennemű bőr s localis nyákhártyabántalom nélkül azoknál a nyulaknál, hol typikus hidegtályogok jöttek létre, és a hol *Berend* subinfectiót vesz fel, localis bántalom szintén nem fejlődött ki. *Berend* ezen felfogása mellett az is sebinfectio, ha typhusnál, illetőleg a reconvalescencia alatt gyakrabban látunk tuberculosisus bélfekélyeket létrejönni, mint normalisan: szerinte itt localis dispositiőről van szó és nem sebinfectiőről. *Berend* visszaütésitja továbbá a pyogen-scrophulosisat... erre csak azt mondja szóló, hogy bakteriologiai alapra helyezkedve, a scrophulosisnak ezt az alapját is el kell fogadni, mint a hogy azt ma a legtöbb klinikus és pathologus tényleg, legutóbb *Ponfick* is, elfogadja.

Berend végül szemrehányást tesz, hogy a virulentiát következtetéseiben figyelmen kívül hagyta. Ha *Berend* tagtárs ezen szemrehányásainak az az indító oka, hogy az ő scrophulosis álláspontját nem támogatta eléggé, úgy meg kell őt az iránt nyugtatni, hogy szóló is hajlandó az attenuált virussal való infectioból származtatni a scrophulosisat, a mint hogy arra utalás is történt előadásában, de mert ez irányú vizsgálatai még befejezve nincsenek, határozottabb véleményről tartózkodik; ha ellenben egyébkénti következtetéseit alapját kívánja gyengíteni, úgy újlag felhívja a figyelmet arra, hogy mit értett ő eseteiben infectio alatt. Végül *Berend* a coxitisnek általa állított gyakoriságát kétségbe vonja. Adatait *Monti* nagy statistikai anyagából vette, a hol a coxitis és a gerincoszlop cariese egyformán szerepelnek.

Krompecher tagtársnak részint a technikára, részint az irodalom méltatására vannak kifogásai, és az elsőre egyenesen azt jelenti ki, hogy a methodikája hiányos volt, mert mikor arról volt szó, hogy valamely mirigyben van-e tuberculosis, szóló beérte egyszerűen a festéssel. Megvallja, hogy ez a minden alaposítást nélkülöző kritika éppen *Krompecher* részéről lepi meg, mert ő tőle elvárta volna, hogy mielőtt ilyen súlyos természetű kifogást emel, győződjék meg annak jogosultságáról; ha *Krompecher* figyelmesen olvasta volna el a dolgozatot, úgy rájött volna, hogy ezt az eljárást csak ott tartotta elegendőnek, a mikor közvetlenül a fertőzőési kísérlet után igyekezett a bacillusokat kimutatni az alig kölesnyi mirigyekben. Már pedig *Krompecher* bizonyára tudja, hogy ezekben az esetekben bizonyára ettől a vizsgálati eljárástól volt leginkább várható eredmény.

Nem több alaposítással bánik el *Krompecher* Ritter és Brunn szerzőkkel, mert e szerzőkre való hivatkozása szintén nem felel meg a tényeknek. Mert ha utána járt volna *Krompecher*, meggyőződhetett volna, hogy Ritter állatoltásokat is vett igénybe, és ezzel a vizsgálati eljárással is negatívek maradtak eredményei. Brunn-nál pedig mégis csak figyelembe kellett volna venni, a mikor a saját és a Brunn methodikájával nyert eredményeket összehasonlítja, hogy a Brunn eseteiben mindannyiszor kitenyészthető volt a staphylo- és streptococcus is, holott *Krompecher* eseteiben csak 2-3-szor (saját állítása); azt pedig talán nem szükséges *Krompecher*nek bővebben megmagyarázni, hogy ezeknek a mikrobáknak jelenléte mikép módosítja a gümöbacillusok kitenyésztesének esélyeit.

Krompecher szerint az irodalom méltatásánál *Weleminsky*-t szóló figyelembe nem vette; ez igaz, sőt beismeri azt is, hogy ez nem azért történt, mintha említett szerzőnek vizsgálatait nem ismerte volna, hanem mivel az a kísérleti sorozat olyan, hogy ez a gümőkóros fertőzés terjedésére nézve a helyzet tisztázásához nem igen járulhat hozzá. *Weleminsky* ugyanis úgy járt el, hogy 10-20 napon át gümöbacillusokat tartalmazó tejjel és bacillusokkal teleszórt salátával etette nyulait (ketreczbe zárva), nagyon természetes, hogy ezekben az esetekben ép úgy jöhetett létre inhalatio általi, mint alimentaer fertőzés.

Detre tagtárs csodálatosképp semmi egyéb újat nem talált az előadásban, mint az „orális” kifejezést, és ezen is megakadt. Megmagyarázza, miért használta ő ezt a kifejezést; addig, míg az alimentaer infectiionál a fertőzés kapui nem voltak olyan exactul felderítve, mint ezt neki is sikerült elérni, bonczani értelemben csak intestinalis infectiőről volt szó. Szóló azonban, miután kimutatta, hogy az alimentaer infectiionál az orális rész ép úgy számba jön, mint a strikt intestinalis rész, feljogosítva érzi magát erre a distinctiora annál is inkább, minthogy szüksége is van rá, tekintve, hogy a tápcsatorna különböző szakaszait használta fel a fertőzésnél. *Preisich* tagtárs rossz néven veszi tőle, hogy egy helyütt azt mondja: „mert addig az alimentaer infectiionál kapcsolatban a tápcsatorna kezdete, szájgarat üregbeli részének méltatása is figyelmen kívül marad”, holott ő már 2 év előtt rámutatott arra, hogy körömpiszokkal a szájon át történhetik infectio; hogy *Preisich* tagtárs ezen szemrehányása nem indokolt, megmagyarázza, hogy alimentum eleséget, tápszert jelent és alimentaer infectiót szándékosan használt annak kifejezésére, hogy ezekben az esetekben az infectiosus virus már akkor benn van az alimentumban, a tápszerben, már pedig ebből a szempontból tényleg nem lett méltatva az infectio ezen kapuja.

Zimmermann-nak ezek voltak a kérdései, illetőleg megjegyzései: 1. Hány állaton kísérletezett szóló, mert ilyen messzemenő következtetésekre ennyi vizsgálat nem jogosít fel; erre azt feleli: *Zimmermann* kétszertelenül tájékozatlan lehet az irodalom ezen részében, mert különben tudná, hogy *Weigert-Orth*-tól kezdve *Weleminsky*-ig az egyes experimentatorok 15-20-30 állatot használtak fel, holott az ő kísérleti anyagát 100-nál több kísérleti állat képezte.

2. Hogy hogyan mutatta ki mirigyekben a bacillusokat, erre már megkapta a választ.

3. Hogy nyulaknál spontán tályogok is fellépnek, annak semmi köze az ő experimentalis hideg tályogjaihoz, különösen miután gümöbacillusok is voltak kimutathatók.

4. Hogy *Zimmermann*-nak szóló előadása nagyon magas volt, mert egyebek közt *biologiai energia* is fordul elő benne, arról ő nem tehet, s joggal *Zimmermann*-ban keresendő a hiba, miután szóló előzőleg a sejtek concret functióit vizsgálta s hasonlította össze, s ezek alapján beszélt a sejtek biologiai energiájáról.

A diphtheria halandósága Magyarország nagyobb városaiban, tekintettel a serumtherapiára.

Eröss Gyula: Magyarországnak 35 törvényhatósági joggal felruházott városára vonatkozólag gyűjtötte össze 1878-1901-ig terjedő 24 évről a diphtheria halálozási s ezen idő utolsó 10 évről a megbetegedésekre vonatkozó statistikai adatokat, s ezek egybevetéséből világítja meg grafikus rajzokon a halálozást a serum előtti és utáni időszakban. Különös súlyt helyez a járvány jellemvonásainak, különösen a genius epidemicsnak figyelembe vételére, mi még egyes járványfészkek szerint is különböző lehet. Éppen ezért egyes városok szerint külön-külön foglalta össze az anyagot. 24 év alatt 2 nagy járványt constatált Magyarországon, melyek egyike a 70-es évek derekán és végén, másodika pedig a 90-es évek elején és derekán zajlott le, s az egész országra kiterjedt. A két járvány 5-12 évi időközzel követte egymást, s egy-egy járványfészkekben 4-6 évig időzött. A járvány minden újabb fészkekben szalmalángként terjed; gyorsan hág fel delelő pontjára és ép oly meredeken süllyed alá. Úgy a megbetegedési, mint a haláleseteknek a népsűrűséghez való viszonyzáma igen magas.

A második epidemia a serum-előtti kezdődött, s legtöbb helyen már a serumsorszak előtt be is fejeződött, másutt pedig hanyatló útjában többé-kevésbé előrehaladt. A járványfészkek legtöbbjén legnagyobb a halálozási % az epidemia terjedési idején és delelő pontján,

ezután csökken és minimumát legtöbbször az epidemia megszűntével éri el: a miből az következik, hogy a genius epidemicus a járvány időszakai szerint változik. A halálozási % csökkenésének időbeli lefolyására nézve azt találta, hogy a városok egy részében még a serum kiterjedt alkalmazása előtt kezdődött, más részében pedig éppen a serumkorszak kezdetére esett. De a városok túlnyomó többségében éppen a serumkorszakban érte el minimumát s ezen állandóan meg is maradt. Ezekből azon következtetésre jut, hogy a genius epidemicus javulása összehasonlítható ugyan a serumtherapia kiterjedt alkalmazásával; még sem tagadható azonban a serumtherapia kedvező befolyása a relativ mortalitás javítására és valószínűnek tartja, hogy ezen két tényező közrehatása folytán csappan meg a diphtheria halálozási %-a 1896-tól fogva, s marad alacsonyban 1901-ig, meddig a statisztikai anyagot összegyűjtötte.

Hogy a két tényező közül melyiknek mennyi befolyás jutott, azt számadásokkal nem lehet kifejezni, mert az adatok nem léven elkülöníthetők, az eredmény sem különíthető el. Ez csak akként lenne elérhető, ha a bejelentő bárczákon ki lenne tüntetve, hogy vajjon a diphtheriában megbetegedett, illetőleg elhalt beteg oltatott-e serummal?

Bókay János: Előadó táblázatait Bókay felelte érdekeseknek és értékeseknek tartja, azonban nem tartja alkalmasnak arra nézve, hogy ezen adatok alapján a diphtheriaellenes gyógyszer-therapia értéke hazánkban mérlegeltesse. Ennek elbírálása Bókay szerint csak a székesfőváros diphtheria-statisztikája alapján történhetné az előadó részéről, mert míg egyrészt ezen statistika teljesen megbízható, addig másrészt tudjuk, hogy 1895 óta a serumtherapia a fővárosban a diphtheriasoknál következetesen gyakoroltatik, úgy a kórházakban, mint a magángyakorlatban. Erőssnek kétségtelenül igaz van, hogy 1895-ben, midőn a serumtherapia a fővárosban általánossá vált, a diphtheria-járvány a „hullámhegy”-ről a „hullámvölgy”-be került, midőn lehetséges, hogy az epidemianak karaktere javulásra változott, ha azonban Erőss a székesfővárosi diphtheria-járványt 1904-ig figyelemmel követte volna, tapasztalhatta volna azt, hogy 1902-ben a székesfővárosi diphtheria-járvány fokozatosan erősebb lett s 1903-ban a megbetegedéseknek száma már körülbelül annyira emelkedett, mint a mennyi 1891-ben volt, mely évben tudvalevőleg a megbetegedéseknek a száma megdöbbentően magasra emelkedett. S mit mutat a halálozások száma? Hogy míg 1891-ben 2852 diphtherias eset közül 914 haláleset fordult elő (32,5%), addig 1903-ban 2293 eset között csak 309 halálozás észleltetett, tehát 13,5%. Bókay nézete szerint ezen két év adatainak szembeállításában magában véve is teljesen megvilágítja a gyógyszer-therapia nagy jelentőségét a diphtheria kezelésénél. Bókayt felszólalásra különösen az készítette, mert tart attól, hogy Erőssnek az adatait a külföldön *Gottstein* és *Kassowitz* esetleg arra használja fel, hogy azokból saját, jól ismert álláspontjuk megerősítésére fegyvert kovácsoljanak.

Gerlóczy Zsigmond: Teljesen osztja Bókay kártárs nézetét, maga részéről csak azzal akarja támogatni a most már megállapított hatékonyságát a serumnak, hogy a kórházi gyakorlatából hoz fel néhány adatot.

Ismétli, hogy olyan statistika, mely kórházi anyagból állítható elő, vidéki városokból nem állítható össze és a kettő nem is szolgálhat összehasonlítás alapjául. Azonban, ha azt akarjuk bizonyítani, hogy a serumnak van a diphtheriára kedvező hatása és a mortalitás csökkenésének nem csupán a diphtheria-vírus csökkenése az oka, erre a kórházi esetek bizonyítók.

Nem akar általános statisztikai adatokat felsorolni, csupán az operatív beavatkozásra szoruló eseteket akarja felemlíteni. A serum előtti időszakban az operált croup. laryngis esetek 80%-a halt meg, míg most a legsúlyosabb eseteknek arányszáma 50%-a alatt maradt. Ezt a 30%-os esést tartja a serum mellett döntőnek. Sok könnyű torokdiphtheria könnyen javíthatja a statistikát, péld. 1903-ban sok könnyű eset hozatott a kórházba, 864 eset közül 534 tiszta torokdiphtheria volt, a mi lényegesen hozzájárult ahhoz, hogy csak 13,6% volt a mortalitás.

Egyébként pedig 3336 esetben próbálta meg a serumot, és tapasztalata alapján igazolva látja a serum hatékonyságát.

Detre László: A bemutatott görbékkel, legalább is azoknak jó nagy számából a serumtherapiára nézve eléggé kedvezőtlen eredményeket lehet levonni. Sok város relativ mortalitása a serumkezelés első esztendeje óta határozott visszaesést mutat; azok között pedig, melyek relativ mortalitása csökkent, a csökkenés már az első serumos esztendő előtt indult meg. Így péld. Fiume 1895. a serum előtt 11%-ot mutatott és ez a szám 1895 óta is körülbelül állandónak mutatkozik. Csatlakozik tehát Bókay tanár nézetéhez, a ki nagy óvatosságra int ez adatok felhasználásában.

Véleménye szerint a serumtherapia megítélésénél az így készített statistika nem ad megbízható eredményt, még pedig azért, mert az adatok egyrészt nem egyenlők, nem megbízhatók, de meg nincsenek is közvetlen kapcsolatban a serumos kezeléssel. A serumnak üdvös hatását igenis kimutatják 1. az egyes észleletek; 2. helyes statistikák; a helyes statistika pedig csak az lehet, a mely a tényleg egyenlő adatok alapján szűr le igazságokat. Helyes statistika pl. az, a mely számba veszi először is azt, kezelték-e a beteget serummal és ha nem, rosszabb volt-e az eredmény, másodszor — és ez a legjobb, szakembereink által is már több ízben követett eljárás — vajjon a betegség hányadik napján vétetett a betegség kezelés alá és arányos-e az eredmény nemcsak az alkalmazásnak korai vagy elkészt voltával, de az alkalmazott egységek számával is. Ily módon összeállított statistikák tiszta képet és tegyük hozzá igen kedvező képet nyújtanak a serum hatásáról. Ha pedig ezzel a statistikával, a mely egyébként összhangban áll az egyes betegészleletekkel is, állítatik szembe, a melyből az

ellenkező derül ki, ez ellentétből véleménye szerint csakis azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a második statisztikai eljárás, a tömegészlelés módja már teorikus okokból sem lehet az elsővel egyenlő értékű, a jelzett célra nem alkalmas.

Ez okból előadónak adatait, a melyek epidemiológiai szempontból ugyan szerfelett érdekesek és igen becsesek, a serumhatás kérdésének elbírálására alkalmasnak nem fogadja el.

Fischl Ármin: Bókay tanárnak azon megjegyzésére, hogy Kolozsvárt Purjesz befolyása alatt serummal nem kezeltettek az esetek, az a megjegyzése, hogy 1900, 1901—1902-ben fordult meg a kolozsvári klinikákon és látta, hogy a belgyógyászati osztályon az összes diphtherias gyermekek serummal beoltattak. Ugy tudja, *Genersieh* ottani magántanár híve a serumtherapiának. Másrészt Purjesz tanár fertőző osztálya akkor még nem épült meg és csekély befolyással volt a diphtheria-betegek kezelésére. Ottani kollegák különben kiterjedten alkalmazzák és alkalmazták a serumot. Tehát Purjesz tanárnak a serum nem alkalmazására nem volt befolyása.

Tauffer Vilmos. Indítatva az által, a mire Bókay rámutatott, hogy ezen nagyfontosságú kérdés eldöntésében a külföldön Erőss tagtárs előadása méltánylásra fog találni, arra kéri előadót, hogy ezen nagy kérdésre döntő statisztikáját a közlés előtt még szigorú kritikának vesse alá.

Erőss Gyula: Szólo részéről is valamely therapiai eljárás értékének megbírálására azon időszakot tartja alkalmasnak, midőn a járvány rohamos terjedése idején és magaslatán legnagyobb a halálozás. Ilyenkor tűnhetik ki leginkább, erre valamit a therapiai beavatkozás, vagy nem.

A serumtherapia bevezetése összeesett Magyarországon az időszakokkal, mikor a járványok már pihenőre kezdtek térni. Ezt szólo maga is figyelembe vette és éppen ezért volt óvatos annak a kimondásában, hogy a serum hatása a letalitás csökkentésében biztosan lenne kimutatható.

Szólonak is tudomása van róla, hogy Budapesten 1901 óta jelentékenyen emelkedik a morbiditás s ezzel kapcsolatban nem emelkedett a mortalitás és így hozzájárul Bókay azon kijelentéséhez, hogy a serumtherapia bevált. Szólo csak 1901-ig csinált statistikát, mert a statisztikai hivatalokban az adatok feldolgozása lassan halad előre. Ezért Budapesttel nem akart kivételt tenni. Talán még megéri a következő decenniumot a serumtherapiában és lesz idő és alkalom ezen kérdést revisio alá venni. Szólo kijelenti, hogy noha adatai szerint valószínű a következtetés, hogy ezen csökkenésben belejátszott a serumtherapia is, statisztikai alapon számadatokkal ezt eldönthetőnek határozottsággal nem merné állítani.

Az ilyen nagy statistikák nem mindig alkalmasak subtilis kérdések eldöntésére, minő például a serum kérdése, de azért mégis csoportosítani kell az összefoglaló statisztikai adatokat is ezen kérdés körül is éppen úgy, mint a hogy például a himlőoltás értékének kérdése körül csoportosítják.

Egyet azonban kiemel és most ismételi, nevezetesen hogy vannak a járváynak közös jellemvonásai, melyek a járvány egész kiterjedésére jellemzők és vannak helyi viszonyok szerint speciális jellemvonásai és azért szükségesnek tartja, hogy egyes járványfészkek szerint magyarázzuk emelkedését, acméjét és súlyosodását a járváynak epidemiológiai szempontból. Mert csak a járvány egyéni epidemiológiai viszonyainak szorgos szemügyre vétele szolgálhat megbírálási alapul a serumtherapia értéke tekintetében.

Az összefoglaló táblázat nem úgy ütött ki, hogy a serumtherapia javára válnék, de éppen azért készítette azt, hogy megmutassa, miszerint az ily összefoglaló rajzok nem alkalmasak a kérdés eldöntésére, mert azokban sok fontos, sőt talán döntő részlet elmosódik. Gerlóczy hozzászólásának helyességét természetesen elismeri, mert a kórházak tapasztalataiból indult ki a serumtherapia iránti bizalom. De azért en masse is kell foglalkozni e kérdéssel. Fischl felszólalására az a megjegyzése, hogy tudja, hogy Purjesz tanár eleitől fogva rendszeresen használja a serumot.

Detre kártárssal — úgy látja — egy véleményen van. Tíz olyan város van, melyben a halálozási százalék a serumtherapia után se javult. Meglehet, hogy ezekben a helyi viszonyok folytán a genius epidemicus rossz maradt a járvány szűntével is és a halálozást a serum daczára is kedvezőtlenül tette.

A városok kétharmad részében jelentékenyen és állandóan (30 közül 20-ban) alászallott a mortalitás a serum után, és így túlnyomó számból mégis lehet valószínűséggel következtetni a serum kedvező befolyására.

Tauffer elnök megjegyzése nyomán még egyszer revisio alá fogja venni adatait; de nem reményli, hogy mindenkinek kedvére tudná a kérdést eldönteni.

(V. rendes tudományos ülés 1904. február 6-dikán.)

Elnök: **Tauffer Vilmos**; jegyző: **Benedict Vilmos**.

Elnök jelenti, hogy a IX. szünidei cursus előadói kara az Ivánchich-alap javára 200 koronát adományozott.

Spina bifida occulta és hypertrichosis sacralis.

Schein Mór: A 22 éves betegnél a keresztcsont táján háromszög alakjában fejlődött, a keresztcsont alakjának és határolódásának megfelelő szörzet ütlik szemünkbe. A szőrszálak vékonyak, feketék, egye-

nese, a keresztcsont közepén egyenesen haladnak lefelé, a keresztcsont oldalsó részein lefelé és egyszers mint a középvonal felé convergnak és körülbelül a harmadik keresztcsigolya-magasságban szörpamattá egyesülnek, mely, ha levágva ninesen, a czombok középig ér. Az első keresztcsigolya magasságában a szörzsálak egy teljesen szörtelen, lanugomentes, szabályosan ovális, harántul fekvő területet takarnak, melynek közepén ovális, atrophias, harántul fekvő heg látható. Az első keresztcsigolya processus spinosus hiányzik, ennek helyén egy gödör szerű bemélyedésben kemény, fibrosus szövetet tapintunk. A beteg előadja, hogy 12 éves korában fájdalmas sebe támadt a keresztcsont táján, mely két hét lefolyása után orvosi kezelésre meggyógyult. Akkor kezdett a ször nőni. Felvehetjük, hogy betegünknek egy spontán, gyógyult meningocoele volt jelen, mely — bár betegünk erről mit sem tud — a bőrt valamikor ovális daganat alakjában elődomborította és annyira megfeszítette, hogy egyrészt a szörzsálak papillái azon a területen teljesen elsovadtak, másrészt az ovális daganat közepén a mostani heg helyén a bőr megvékonyodott, a meningocoele megnyílt és tartalma kifolyt és hogy ennek folytán a bőrdaganat visszafejlődött, a bőr alapjához fektült és a meningocoele meggyógyult. Így jött létre a most fennálló spina bifida occulta.

Azt hiszi, hogy csak így magyarázható az a körülmény, hogy éppen a csigolyadefectus magasságában találtunk egy szabályos, ovális határral ellátott szörtelen területet és ugyancsak ennek a szörtelen területnek a közepén egy ismét csak szabályos, ovális atrophias heget. És csak ebből érthetjük meg a meningocoele visszafejlődéséhez fűződő hypertrichosist. A mikor ugyanis a bőrnek daganata visszafejlődött és a bőr mindjebben alapjához simult, akkor annak felületnövése megakadt, megállt. A bőr felületnövése azután is kisebb maradt mint a környezeté, még akkor is kisebb maradt, a mikor a mostani állapot létrejött, mert a bőr betegünknek egy csontdefectusban szenvedő állapot fed, tehát kisebb felületet, mint rendszeren. A bőrnek azonfelül hiányzott az alap részéről azon ingere a növényre, mely a környezetben normálisan fejlődő ép alap felett megvan. Spina bifida occulta esetében a bőr úgyszólván az alapjához tapad, nem eléggé nő és éppen azért annál jobban táplálódik. A fölös táplálék nem fordítatik a bőr növényére, hanem ször növényre. A spina bifida occulta kapcsolatban fellépő hypertrichosis tehát csak speciális esete annak az általa 1892-ben felállított és e helyen a mellizmok defectusának bemutatása kapcsán a múlt évben kifejtett törvénynek, mely szerint a bőr felületnövése és a szörnővés fordított arányban állanak egymással.

Esetünkben a ször nagymérvű növényének megértésére tekintetbe kell vennünk azt a körülményt is, hogy az egykori bőrdaganat helyén teljesen hiányzik még a pehelyszőr is. A fölös táplálék legnagyobb része itt fordítottat volna szörnővésre, mert ez az a hely, melyen a bőr felületnövése legnagyobb mértékben megakadt. Minthogy itt azonban a pehelyszőr is hiányzik, azért a fölös táplálék az egykori daganatot környező szörzsálak nagymérvű növényére szolgált. Tényleg azt látjuk, hogy azok a szörzsálak nőttek a keresztcsonton leghosszabbra, melyen a szörmentes területet minden oldalról körülveszik és annak szomszédságában vannak. A hypertrichosist a keresztcsontnak megfelelő localisatioja azzal a körülménnyel függ össze, hogy a bőr az egész keresztcsont felett egységesen és ezzel párhuzamosan nő és hogy ennél fogva a bőr növénye nemcsak a spina bifida szomszédságában, hanem az egész keresztcsonton is hátráltatva volt.

Bálint Dezső: Valamely fejlődési rendellenesség akkor bir praktikus jelentőséggel, ha klinikai tünetek vannak. Így a spina bifida csak akkor bir fontossággal, ha trauma éri vagy conus és caudatünetek lépnek fel. Ezért fontos volna tudni, vannak-e a betegnél az idegrendszer részéről tünetek? Bemutat egy photographiát az I. belgyógyászati klinika egy betegéről, kinél spina bifida hypertrichosissal van jelen és a kinél hólyagzavarok és lovaglónadrág alakban érzéketlenség van jelen.

Schein Mór: Az idegrendszert éppen ezen szempontból gondosan megvizsgálta, mert tudja, hogy előfordulnak ilyen zavarok, különösen pes valgus, vagy egyéb asymmetria; de a betegnél ilyesmi nem található, a mi abból magyarázható, hogy a meningocoele korán gyógyult nagyjában, mikor a gerinczagy még a harmadik ágyécsigolya táján végződött és a meningocoele nem gyakorolhatott reá nyomást.

Csecsemők táplálása íróval.

Massanek Gábor: A kísérletek czélja olesó és mégis jó csecsemőtápszer kipróbálása volt, miután már nálunk is mind érezhetőbbé válik a csecsemőtáplálásra alkalmas tej hiánya, a kész praeparatumok pedig nagyon drágák. E végből 1903. január 15-dikétől november 15-dikéig táplálási kísérleteket végzett a János-kórház gyermekosztályán íróval. Íróval összesen 79 gyermeket tápláltak ez idő alatt, a kik közül 49 az osztályon feküdt, 16 az ambulantiáról, 14 pedig a szülészetről került ki. A táplálási kísérleteket igyekeztek lehetőleg hosszú időn át folytatni, miután rövid kísérletekből egy tápszer megítélni nem lehet. Az író részben mint kizárólagos tápszer, részben anyatej mellett adták. Megkísérlették a Keller-féle malátalevest egyenesen íróval készíteni, a mi sikerült is, és egy esetben, a melynél semmi módon nem tudták a gyarapodást megindítani, ezzel sikerült azt elérniük. A kísérletek alapjául az anyag természeténél fogva javarészt beteg gyermekek szolgáltak; az anyagot legjobban jellemzi az, hogy míg a bélhurutok különféle fajtája, beleértve a chronikusakat is, csak 29%-ában a meghaltaknak szerepelt halálukok, addig tuberculosis 21%-ban. Az eredmények daczára ennek teljesen kielégítőek voltak, a mit a bemutatott súlygörbék és a közölt esetek is bizonyítanak. Az író

a gyermekek szívesen vették és általában jól tűrték, sőt csodálatosan bevált az még koraszülött gyermekeknek is.

Igy egy 1300 gm.-os gyermeket sikerült 2500 gm.-ig feltáplálni. Különösen kiemeli azt, hogy az íróval táplált gyermekek közül egyetlen egyenél sem fejlődött ki rhachitis. Az író maga a veszprémi vajgyárból került ki és a négy órai vasúti szállítást a legmelegebb napokon jól tűrt. Az elkészítés úgy történt, hogy 15—25 gm. rizsliszttel és 60—90 gm. répacukorral felfőzték az író, majd üvegekbe töltve, 10 percig sterilizálták. A sterilizálásnak semmiféle hátrányos következményét nem látták. Az író-malátaleve-hez 100 gm. Löfflund-féle alkalizált malátaleves-kivonatot és 25 gm lisztet vettek.

Végül egy hét napig tartó anyagcsere-kísérlet eredményéről számol be M., melyet egy teljesen egészséges gyermekben végeztek. Az anyagcsere-kísérlet eredményei röviden a következők:

Resorbeálódott	95.26% N	
	42.6% Ca	
	75.5% P	
Retineálva	54.32% a bevitt	} N-ből.
	56.89% a resorbeált	
	33.7% a bevitt	} Ca-ból.
	75.5% a resorbeált	
	90.2% a bevitt	} P-ből.
	75.5% a resorbeált	

A kísérletek alapján M. a következő conclusiót vonja le: az író úgy beteg, mint egészséges csecsemők táplálására alkalmas és hosszabb használata sem rejt magában semmiféle veszélyt. Az íróban tehát egy igen becses tápszer birunk, a mely mint tápszer a többi mesterséges tápszerrel egyenrangú, nagy olesósága azonban bizonyos fölényt biztosít neki a többi tápszer felett.

Deutsch Ernő: Az előadás tárgya őt, mint az ingyentej-intézmény orvosát nagy mértékben érdekli. Az ingyentej-intézmény 1901. november 15-dikén kezdte működését a helvét „Anstalt für Milchkurkinder“ munkakörével, melyhez 1902. július elseje óta — midőn felszólaló vette át az intézet orvosi vezetését — a francia „de lait, consultation pour les nourrisson, dispensaire pour les enfants tuberculeux“ intézmények munkaköre is járult. Ez idő alatt 257,879 liter tej jutott kiosztásra. A rendelésen 1925 csecsemő jelentkezett; 653 anya saját használatára kapott naponta tejet s a tejsecretiót befolyásoló gyógyszereket (soma-tose, lactagol, hygiama) s így a kisded részére az anyatej lett biztosítva.

1172 csecsemőnél részben „allaitement mixte“, részben mesterséges táplálás (nyers, pasteurizált, sterilizált, hígított, hígítatlan, Székely-féle tej, Theinhardt-Odda-, Kuffe-, Klopfer-féle táplisz, kevert Soxhlet- s Löfflund-féle tápezukorral vegyített pegminizált tej, ramogen, Keller-féle malátaleves) lett fogantatva. A mesterséges táplálás minden fajtát szép súlygörbékkel tudná illusztrálni s majdnem mindegyikre oly példákat felsorolni, melyek a táplálás egyik vagy másik módjával szemben refractaerek voltak. Az ideál az volna, ha az egészséges és beteg csecsemő szervezetének megfelelően individualizálva lehetne a mesterséges táplálás egyik vagy másik módjának indicatioját felállítani. Végkövetkeztetései ezek: 1. A mesterséges táp vegyi összetétele lehetőleg közelebb legyen az anyatejhez. 2. A tápszer nyeresé és feldolgozása aseptikus legyen. 3. Kellő időközökben kellő mennyiségű tápszer nyújtassék. 4. A tápszer állandó s megfelelő súlygyarapodást idézzen elő. Ezen következtetéseket az íróra alkalmazva, felszólaló megjegyzi, hogy: 1. az író vegyi összetételében távol áll az anyatejtől. Kiemeli, hogy érdekese a tudományos nézetek gyors változásai — a „Fettmilch“ aeráját az íróé váltja fel, a zsíros tápát a sovány. 2. A központi tejcsarnok írónyeresé távol áll az asopsis legprimitívebb követelményeitől; ezért állott el a vele való kísérletezéstől mind mai napig. Kérdést intéz az előadóhoz, hogy az általa felhasznált író nyeresénél mily garanciákkal bir az a sepsist — melyet nagyfóntosságának tart — illetőleg. 3. Hivatkozik német szerzőkre, kik bizonyos idő után a súlyszaporodásban stagnálást észleltek. Kérdi előadót, hogy mivel e pont az előadás folyamán figyelmét kikerülte, ez irányban milyenek a tapasztalatai? 4. Kérdi, hogy a rhachitis fejlődésére mennyiben volt az író adagolása befolyással?

Ha kérdéseire megnyugtató választ kap, szívesen fog ezen olesóságánál fogva tömeges ellátásra különösen alkalmas tápszerrel kísérletezni. Végre figyelmezteti előadót a „Deutsche Nährmittelwerke in Berlin“ azon törekvésére, hogy egy állandó összetételű íróconserv előállításán fáradozik.

Szentágh Félix: Két évvel ezelőtt az Orvosegyesületben tartott előadása alkalmával az író is tárgyalva, oda concludált, hogy bár az író minden eddigi theoretikus ismereteink értelmében teljesen irracionális tápláló anyagnak kell minősítenünk, mégis, minthogy a vele elért eredmények nagyon biztatók, kísérleteznünk kell vele. A mint az előadásból hallhatták, az osztályán elért eredmények is kedvezők, ha mindjárt nem ily frappansak, mint minőkről a külföldi közlemények szólanak. Az elmúlt nyáron és ősszel, a mikor a kísérletek az íróval szóló osztályán folytak, az egyetemi élet- s kórvegytani intézetben Tangl tanár támogatásával Zaitsechek Arthur kir. vegyészszel együtt tejrre vonatkozó vegyi vizsgálatokkal foglalatossodtak. Ezen vizsgálatokról, miket most közölni készülnek, ez alkalommal csak annyit jegyez meg, hogy a tejben foglalt fejrjeanyagok az enzimekre vonatkozó ismereteket illetőleg eléggé érdekes és tanulságos adatokat derítettek ki. Vizsgálataik alkalmával egyik-másik irányban az íróra is kiterjeszkedtek. Az íróra vonatkozó vizsgálatok eredményeiből a következő tények birnak érdekl. Több ízben vizsgálták az író peptonokra, de mindenkor negativ eredménnyel, még nyomokban sem sikerült a szó

osztályán használt íróban peptont kimutatni. Ezen teljesen negatív eredménynek azért volt jelentősége, mert némelyek szerint a rossz, a bomlott íróban épen a megromlás jeléül peptonok foglaltatnának. Vizsgálataik továbbá azt is kimutatták, hogy az íróban az összes casein kivált állapotban igen apró egyenmő szemcsék alakjában foglaltatik, vagyis a savóból már nem sikerült caseint nyernünk, de ezért tartalmazott a savó még fehérjeanyagokat. A casein az íróból ülepítéssel, vízzel való mosással, alkohollal és aetherrel való kezeléssel könnyen előállítható, s a száraz készítmény miben sem különbözik a tejből előállított caseintól, legfeljebb, hogy színe sárgába játszó. Pepsin sósav-digestionál, sem a tehéntej és író direct emésztésénél, sem pedig a tehéntejből és íróból előállított casein emésztésénél különbség nem mutatkozott, identikus kísérleti berendezés mellett a meg nem emésztett maradék quantitave meghatározva közelítőleg egyező volt. Az író nucleintartalma 9-30%-ot, a tehéntej nucleintartalma 8-80%-ot tett ki. Több ízben meghatározták a már elkészített íróban az energiatartalmát, még pedig directe, tehát égetés útján. Így egy ízben 608-3, máskor 527-7 Cal-t találtak 1 liter elkészített íróban, míg a meg nem praeparált, vagyis yers íróban 355-6 Cal-t 1 literben. Az általuk használt íróban aránylag kis energiatartalmát annak csekély zsirtartalma magyarázza meg. Egy alkalommal plane csak 0-24% zsirt találtak. És itt felemlítendő, hogy az esetben, ha az emésztés normális, de a gyarapodás súlyban mégsem kielégítő, némelyek, például Schlossmann, az íróhoz zsirt, vaját kevernek, a mikor azután a súlygyarapodás kedvezőbben alakulna, a mi teljesen rationális eljárás. Az anyagcsere-kísérlet, melyet az előadó végzett, azt bizonyítja, hogy íróval való táplálás esetén normális emésztésnél a csecsemő a fehérje-anyagokat kitünően használja ki. Mindazon szerzők, kik az íróról írnak, úgy szólva egyezően oda nyilatkoznak, hogy az író caseinjét a csecsemő azért emészt könnyebben mint a tehéntejet, mert a casein az íróban igen finoman van eloszolva. Ehhez jönne még egy momentum, t. i. hogy az oltó-enzym az íróval szemben nem fejtené ki hatást. Ha ez áll, úgy mondhatjuk, hogy az íróval való táplálás esetén a csecsemő emésztési munkája megkönnyebbül azáltal, hogy az oltó ferment tevékenysége elmarad. De ha ez a ferment nem lép actioba, úgy egyszersmind a peptikus és tryptikus fermentek tevékenységén is könnyítve van, a mennyiben a caseificatio kimaradása ezen fermentek számára kedvezőbb mechanikai viszonyokat teremt. De ezek daczára is az író caseinje a csecsemőre nézve megmarad heterolog fehérjének, azaz megemésztésénél és assimilatiojánál a csecsemőnek nagyobb emésztési munkát kell végeznie, mint ha homolog fehérjével, tehát női tejjel tápláltatnék, essék ezen munkatöbblet akár a mirigyek tevékenységére, továbbá intermediaer hasadásokra és synthesisekre, mint ezt Heubner és Rubner felveszik, akár pedig arra a körülményre, hogy heterolog fehérje assimilatiojához a fermentek egész sorozatára volna szükség, mikre a homolog fehérje mind nem szorulna, a mint ezt Wassermann kísérletekkel bizonyítani iparkodik. De bármiképen álljon is a dolog, szölvő továbbra is megmarad álláspontján, hogy t. i. homolog és heterolog fehérje, főképen női és tehéntej caseinje között a legfontosabb különbség a kétféle caseinnek különböző vegyi összetételében keresendő; ezen álláspontját az íróval elért kedvező eredményeik nemcsak hogy nem gyengítik, hanem egyenesen erősítik.

Liebermann Leó: Csak azt a kérdést intézi az előadóhoz, hogy az író milyen köpülésből állították elő. Kétféle író van. Olyan, mely aludt, savanyú tejből készült, és olyan, mely édes tejszínből állították elő. Ha tejsav van jelen, ez változó mennyiségű szokott lenni és akkor érthető, hogy egyik bűvár más eredményre jut, mint a másik.

Berend Miklós: Az előadó érdekes kísérleteivel, a melyek eredményei analogok külföldi szerzők közléseivel, valóban érdemes munkát végzett és szölvő az íróban csak azon egyenlőtlen összetételre akar figyelmeztetni, a melyre Liebermann tanár kérdése vonatkozik. Míg ugyanis egyes szerzők édes tejszínből, mások savanyú tejből állítják elő azt, míg egyeseknél egy liter író caloriatartalma 700-740, az előadónál csak 600, és ily különbözők az aciditás-fokok is. Érdekes, hogy míg pár év előtt alkalikus malátalevelel, most a savanyú íróval érnek el egyaránt jó eredményeket, sőt e látszólag egymástól annyira elütő két készítmény alternálva vagy együtt is jó eredményeket ad. Érdekes volna, ha az előadó kísérleteit azony irányban is kiterjesztené, hogy milyen az íróval táplált csecsemők vizelet NH₄ indexe, és mennyiben ez a Czerny és Pfandler közti ellentétre nézve, a csecsemők savintoxicatio kérdésére nézve is adhatna felvilágosítást. Mert míg a Czerny iskolája a zsirsavakat okolja a savintoxicatio létrehozásáért, kérdés, hogy az író csekély zsirtartalma mellett nincs-e épen olyan nagy NH₄ index.

A mi az író által elért jó eredményeket illeti, azok magyarázatát bakteriologikus alapon abban keresné, hogy így a bélsatornában levő kórosan túlbujázott bakteriumok táptalaját egészen más irányban befolyásoljuk; fermenttherapia alapján ellenben az eredményeket nem gondolja magyarázhatónak.

Massanek Gábor: Liebermann tanár kérdésére az a válasza, hogy savanyú írókat alkalmaztak, mely centrifugálással, alfa-separatorral készül vajgyárban, mely naponta 2-3000 liter írókat termel. Tejet tejsavbakteriummal inficiálnak oly módon, hogy az este fejt tejet másnap feldolgoztatik. Tehát az általa este feldolgozott írók előtte való nap este fejték. Az asepsisre egyebként tekintettel nem lehetett. Minthogy ez szövetkezeti gyár, mely különböző tejgazdaságokból nyeri a tejet, ezt separálják és azután viszik a központba, a hol vajja köpül: ennek mindenütt utánajárni teljes képtelenség. De azt hiszi, ez nem változtat semmit a dologon, mert a nagyközönségnek steril tejet előállítani en gros úgy sem lehet, mert az üzemet igen megdrágítaná. Hogy a különböző gyermektápszerek főlé

akarná emelni, ez nem volt szándéka, mert egyik gyermek ezt tűri, másik amaszt és mindegyik gyermektápszerrel lehet jó eredményeket elérni. A központi tejesarnok írójával is dolgozott, de nem volt alkalmas, mert nem volt tiszta; édes író volt, de a zavaros kotyvalék. Hogy bizonyos idő múlva stagnatio áll be, szölvő tapasztalta és ezt vizretentióból magyarázta. Eseteinek nagy része 5 hétnél jóval tovább állott kísérletezés alatt és rhachitist nem láttak kifejlődni.

Az ammoniak indexvizsgálatának ideájával, a mit Berend tagtárs kíván, szölvő is foglalkozott, de kivinni nem ért rá. A Keller-féle malátalevest és írókat nem felváltva, hanem együtt adták.

Budapesti kir. Orvosegyesület tuberculosis-bizottsága.

(1904. február 4-dikén tartott ülése.)

Elaők: **Korányi Frigyes.** Jegyző: **Ritoók Zsigmond.**

Róna Sámuel: A mult ülésben jelzett czéljának szemmel tartásával mutatja be a következő eseteket:

1. Abortiv lichen scrophulosorum.

A typusos lichen scrophulosorum, melyet fényképekben mutat be, a ritkább bőrbetegségekhez tartozik, ellenben annak abortiv formái elég gyakoriak és pedig főleg nagy kiterjedésű és inveterált lupus vulgarisban szenvedő egyénekben. Ilyen esetet mutat be most. O. M. 23 éves nőtlén kőműves január 14-dikén jött az osztályra. Apja tődőbajban, mely 2 1/2 évig tartott, halt el. Lupusa állítólag 1 év óta áll fenn.

Status pr. Az orrt, az arcot lupus vulgaris foglalja el; a nyakon mirigyből kiindult scrophuloderma van; a kemény szájon lupus vulgaris. Az egész törzs oldalrészeit, a felső végtagok hajlító felületeit hámlásban levő perifollicularis miliaris infiltratumok, vagy hámló pigmentált szigetcéskék borítják. A háton ezenkívül *acne vulgaris*.

2. Lupus erythematosus esetei.

a) *A fejbőr és arc lupus erythematosus; rosacea. Csaldéi tuberculosis.* P. J. né, 47 éves, férjzett, műszerész neje, január 2-dikén jött az osztályra. Apja 55-77 éves koráig mellbeteg volt. 7 testvére közül egy 25 éves korában mellbajban halt el. A beteg jelen baja mult ősz óta tart.

Status praesens. Rosacea első foka az orron és arcon. Typusos körömfény hámló lupus erythematosus szigetek a jobb szemöldök felett és a jobb halántéktájon. A fejbőrön több göczen forintnyi egész gyermektenyérfény területen nagyfokú bőratrophiát és kopaszodást maga után vont lupus erythem. szigetek. A bőr többi része ép. Mirigyrendszer, mellkasi és hasi szervek rendellenességet nem tüntetnek fel.

Tehát ebben az esetben csak familiáris tuberculosis vehető fel, personális ki nem mutatható.

b) *Lupus erythematosus disseminatus. Anaemia.* A. E., 26 éves hajadon, f. hó 2-dikán negyedizben vétetett fel lupus eryth. miatt. A családban nem lehet tuberculosis kideríteni, de az egész család erősen anaemiás. (Bemutató ismeri a családot.)

Jelen baja 3 év előtt kezdődött, többször gyógyult, majd kiújult.

St. pr. A jól táplált, de anaemiás nő arczán, orrán, fülcimpáin, kezeinek és ujjainak háti felületein számos gombostüfejnnyi egész nagy-körömfény lupus erythem. göcök. *Habituális cyanosis* és *hyperidrosis* a kezeken és lábakon. Mirigyrendszer, mellkasi és hasi szervek rendellenességet nem mutatnak. Tehát ezen esetben sem familiáris sem personális tuberculosis ki nem mutatható. Feltűnő az egész familia anaemiája.

Róna Sámuel.

Tuberculosis miliaris cutis et mucosae. (Egész terjedelmében meg fog jelenni a lap hasábjain.)

Ifj. Elischer Gyula: Fekélyes garattuberculosis egy esetét, melynek készítményeit a jövő gyűlésen fogja bemutatni, említi meg Róna tanár előadása kapcsán. Az eset egy 18 éves leányt illet, a ki az I. belgyógyászati klinikára vétetett fel kisebbfokú spondylitissal és igen kistökű kétoldali csúcsdurutall. A beteg, ki négy hétig eléggé jól érzi magát, alig köhög, a délutáni órákban kisebb hőemelkedéseket mutat, egy napon torokfájdalmáról panaszkodik. A torok vizsgálatánál a bal tonsillán egy szürkésfehér lepedék látható. A lepedék másnap a garatraire majd uvlára is felhúzódik és a jobb tonsillán is megjelenik. Majd az egész hátsó garatfalat is ellepi. A lepedék később kifehélyesedik és az egész garatúr falzatát foglalja el, és csak a kifehélyesedés után jelennek meg a fekély szélei körül submiliaris, helyenként össze-folyó göbésék. Ezen daganat fellépésétől kezdve a beteg egy ideig lázban nem volt és csak a második hét végén léptek fel hőemelkedések, miközben a beteg ereje rohamosan hanyatlak és a tüdőbeli folyamat egy kétoldali, kiterjedt infiltratio képeben rapidan halad előre, és beteg a negyedik hét végén oedema pulmonum tünetei között hal meg. Az igen gondosan és sürűen végzett bakteriologikus vizsgálat egy ízben sem volt képes Koch-bacillusokat kimutatni, csak diplo- és streptococcusok voltak találhatók. A szövettani készítményben azonban bőven találhatók a Koch-bacillusok.

Korács József: Róna tanár a szájjüregben észlelhető fekélyekre nézve azt az álláspontot foglalja el, mint *Strassmann, Türkmann, Schlenker* és mások, hogy t. i. azok másodlagosan fejlődnek és kérdi, van-e tudomása valakinek primaer szájjüregi fekélyről? Erre nézve szölvőnek az a véleménye, hogy az ilyen primaer fekélyeknek létezniük kell, még

pedig gyakrabban, mint ez felvételük; ezt a nézetét az állatkísérletre alapítja. Az experimentum ugyanis azt mutatja, hogy alimentar fertőzéseknél, ha ritkán is — mindenesetre ritkábban, mint a bélfekélyek —, de egyszer-mászor mégis észlelhetnek gümők, illetőleg fekélyek a szájgaratúr nyálkahártyáján. Gyakoribbakká lesznek ezek a primaer fekélyek, ha az infectiosus anyag nemcsak egyszerűen bevitetik a szájgaratüregebe, hanem ott valóssággal eldörzsöltetik, tehát nyálkahártyabeli laesiók kíséretében történik az infectio. Ujabbban tényleg szaporodnak a közhíselek, melyek ilyen primaer tuberculosus fekélyekről származnak be.

Figyelembe veendő a szájgaratúrban, hogy itt aránylag gyakoriak a luetikus s carcinomatosus fekélyek és hogy az ilyen más eredetű fekélyekben könnyen fészkelhetik be magukat saválló bacillusok (vaj!), a melyek aztán a fekélyek genesisére nézve tévútra vezethetnek.

Szólok azért hangsúlyozza, hogy míg egyébként túlzottan tartja a gümöbacillusok keresésénél jelenleg meghonosított skepticismust a többi saválló bacillusokkal szemben, épen a szájürege említett fekélyeinél szükségesnek tartja a szigorúbb kritikát.

Róna tanárnak egy másik kérdésére, hogy a tuberculosis miliaris cutis miért olyan ritka, azt hiszi, beérhetjük azzal a magyarázattal, hogy a gümöbacillusok biológiai tulajdonságainál fogva az általános intoxicatio gyorsabban vezet exitusra, semhogy a lokális bőrgócok kifejlődhetnének.

Zwilling Hugó (mint vendég): Kiemeli, hogy kórházi anyagon gyakrabban volt alkalma, részben apró miliaris fekélyekből összefolyó nagyobb gümös fekélyeket a száj, az inyitoria nyálkahártyáján, a nyelven, az orrüregben megfigyelni, mióta azonban csak ambulatorikus anyaggal rendelkezik, ezen elváltozásokat ritkán látja. Azt következteti ebből is, hogy ezen elváltozások a tüdőgümőkör előrehaladottabb stadiumában fejlődnek ki secundaer úton. Hogy elsődleges miliaris tuberculosis a szájürege, az orrgaratürege nyálkahártyáján előfordul, mint azt különböző szerző pontosan le is írja, általánosan elfogadott tény, maga ilyen esetet azonban ezideig még nem észlelt.

Kuthy Dezső kérde, vajon a bőrtuberculosis tárgyalt alakjainál történtek-e vizsgálatok Koch-féle tuberculin-injectiókkal?

Előadó tudtával nem.

Korányi Frigyes elnök adja meg Kuthy kérdésére a választ: tuberculin-injectiók diagnosztikai szempontjából, mint, ha nem csalódik, Jadassohn leírja, történtek, de negatív eredményűek voltak a kétes esetekben. A nem kétes eseteket egyéb tuberculosus tünetek úgy kísérték, hogy ilyen injectiókra szükség nem volt. A száj- és garatüregebeli primaer nyálkahártya-tuberculosisra nézve véleményem nem mondhat, azonban látott oly gégetuberculosis-eseteket, melyekben semmiféle tüdőbeli folyamatot sem tudott kimutatni. Dobell (New-York) állítja, hogy igen súlyos tuberculosus folyamatokkal terhelt betegek között fekvő kórházi beteg-ken észlelt primaer gége-infectiókat. Ezen megjegyzései azonban primaer miliar-tuberculosis heveny fekélyes alakjaira nem vonatkoznak. A tuberculum szövettani képét illetőleg: a hol az a nyálkahártyán makroszkopice kifejlődött, származásában kétség nem lehet. Ziegler a solitaer-tuberculosisra nézve a legújabb adatokat állította össze, melyekből kitűnik, hogy a saválló bacillusok kíséretében a tuberculummal ugyanazonos szöveti képet hozhatnak létre. De ha ez így is van, ott, hol emberen végbement kórfolyamattal állunk szemben, a szöveti kép nyilván joggal adja meg a diagnosis alapját.

Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(1903. április 30-diki ülés.)

Elnök: Réczey Imre; jegyző: Dapsy Viktor.

(Vége.)

Invaginatio ileocecalis négy hónapos csecsemőnél. Laparotomia. Gyógyulás.

Winternitz Arnold: Teljesen egészséges, korához képest jól kifejezett és kizárólag anyatejjel táplált csecsemőnél 5 hónapig tartó enyhe hasmenés után 1903. március 4-dikén reggel 6 órakor hirtelen hányás jelentkezik. A gyermek igen nyugtalan, sokat sír, a gyakori szopások mindig hányással végződnek. Reggel 9 órakor az anya véres, nyákos széklőt észlelt, mi miatt a gyermeket a Stefánia-kórházban mutatja be. Az ambulantián megvizsgáltatva a gyermek nyugtalanodása folytán semmi objectív lelet nem található. Erőteljes gyermek jó pulussal, collapsusnak semmi nyoma sincs, a has nem meteorikus, a gyermek nyugtalansága miatt nem palpálható. Végbélben semmi sem érezhető. Az ide bevezetett ujj sima felületet tapint, visszahúzásakor véres nyálkával fedett. Invaginatio gyanúja miatt a gyermek pár csepp chloroformmal narcotizálják, mikor is a hasfalak teljes tapintása mellett jól érezni, hogy a coecalis tájék „feltűnően üres”, a bal epigastriumban pedig a középvonal és bal bordaív között egy körülbelül 8 cm. hosszú, hüvelykujjnál vastagabb, mozgatható, hengerded képlet foglal helyet, mely harántul helyezkedik el a haránt colon flexura lienalis táján és aláfelé tekintő convexitással kissé meg van görbülve. A képlet ide-oda, különösen a bal bordaív alá jól nyomható. Felülete a colon haustáira emlékeztetően egyenetlen dudorok, consistentiája tömört, ha azonban a képletet az ujjak hegyével dörzsöljük, úgy az feltűnően megkeményedik, megmerevedik, miközben a haustáira emlékeztető dudorok jobban érezhetők lesznek. E lelet mellett az invaginatio kórisméje kétségtelen. Az anyának azonnali műtétet ajánlottunk, ki a gyermeket ugyanaz nap délutánján behozta; a műtét délután 4 órakor chloroformmal végre is hajtattott. A műtét előtt az invaginatio, épen úgy mint a délelőtti vizsgálatnál, a bordaív és köldök

feletti középvonal között hátul jól érezhető. Laparotomia. A középvonalban a köldök feletti magasságban a hasüreg 8 cm.-nyire megnyitván, a haránt colont szintén két ujjal a flexura lienalis táján a bal bordaív alá nyúlva könnyen sikerül az invaginatio helye elé húzni. Az invaginatio belépő szarát a legalsóbb, hüvelyét pedig a haránt colon balfele képezi, a desinvaginatio rendkívül gyorsan és könnyen eszközölhető, miközben kiderül, hogy a legalsóbb vezető részt a colon képezi. Hasfalvarrat két rétegben, a műtétet követő napon még többször hányás, néhány véres széklek. Harmadnap hányás megszűnt, széklek nem véres. Ezután a lefolyás teljesen zavartalan. Hasseb per primam, linearis erős heggel egyesült. A műtét óta eltelt 2 hónap alatt a gyermek zavartalanul táplálkozik és teljesen normálisan gyarapszik. Bemutató különösen hangsúlyozza azon nehézségeket, melyekkel csecsemők invaginatioinak korai kórisméjénél találkozunk, pedig a bántalom súlyos természete és az eredményes therapia szempontjából arra kell törekednünk. Bemutató hangsúlyozza, hogy ha egy csecsemőnél teljes jót közepette hirtelen egész váratlanul fájdalmas hányás, nyugtalanság és rövid idő múlva — esetleg néhány normális széklőt követően — véresnyákos, tenesmusú kísért széklek jelennek meg, első sorban invaginatio kell gyanakodni. A csecsemőkori invaginatio 90%-a invaginatio ileocecalis, és ez alapon a vizsgálatnak első sorban a colonok lefutását kell figyelembe vennie. Az ilyen fájdalmas peristaltikáktól győződött csecsemők hasának palpationa narcosis nélkül, különösen ha már meteorismus is van, alig kivihető. Ha az említett tünetek kapcsán az invaginatio gyanúja felmerült, felétlenül narcotizálni kell a beteget és a hasbéli viszonyok felől ily módon kell és lehet könnyen tájékozódni. Ha az ember addig vár, míg az invaginatio oly fokot ér el, hogy már a rectumba hág le és per anum ujjal elérhető és diagnostizálható, akkor az eredményes beavatkozás legjobb idejét elmulasztjuk. Az első két napon végzett műtétek eredményei igen jók; ezen időben a desinvaginatio az esetek 92%-ában sikerül. Későbbi időre kitölt beavatkozások eredményei sokkal rosszabbak: így már a harmadik napon a desinvaginatio az eseteknek csak 30%-ában sikerül. A műteti beavatkozás eredményei az utolsó három év alatt meglepő jóknak mutatkoznak a csecsemők e súlyos kórképénél is. Bittermann ez időszaktól 22 esetet gyűjtött össze. Ezek közül 18 esetben laparotomia és desinvaginatio végeztetett 79% gyógyulási eredménnyel, mi e súlyos bántalomnál a zsenge csecsemőkör tekintetbe vételével fényesnek mondható.

A gyermekkori feregnyújtványlob (appendicitis) sebészeti kezeléséről.

Alapi Henrik: A szóban forgó bántalom a gyermekkorban jóval súlyosabb lefolyását, mint felnőtteknél. Így tapasztalta másokkal egybehangzóan előadó is 75 esetben. Súlyosabb, mert az általános hashártyalob gyakrabban szegődik hozzá, a bélzáródás gyakori, a gyógyulás kihatásai nem jók, s általában a gyermekeknél az appendicitis gyakran lép fel mint súlyos roham. Ebből az következik, hogy az operatív beavatkozás szükséges és nem szabad vele várni. Előadó mindazon súlyos esetekben, hol a gyermek collapsusban nincs, a beavatkozás híve. A rohamban operál. Azonban ekkor a tályognyitásra szorítkozik s csak 3—4 hét múlva lát a radikális műtétet, a feregnyújtvány kiirtásához. Az első, a roham-operatio alkalmával csak akkor irtja ki a feregnyújtványt, ha 1. könnyen megtalálható, vagy 2. ha ileus-tünetek vannak jelen, végre 3. ha a feregnyújtvány genynyel van körülveve, de összefolyó tályog nem képződik. Előadónak az a meggyőződése, hogy az összes vélemények, melyek szerint a rohamban csak a 3—4—5. napon, ilyen meg olyan tünetek mellett kell operálni, mind helytelenek, mert a műtét javalatnak a tályogképződést tekintik. Szerinte az az egyedül helyes eljárás, mely az appendicitis műtét javalatául csak azt ismeri el, hogy appendicitis súlyos rohama kórisméztetett, s ekkor mentől korábbi, még veszély nélküli műtéttel a tályogképződést s ennek összes vesztes kíséretét megelőzzük. Csak így lehet a mostani 10—12% halálozást lenyomni 1—2%-ra. Enyhe rohamot nem kell operálni sem a rohamban, sem aztán, az magától gyógyul. Miután az appendicitis-roham diagnosztikát s főleg a tüneteket fejtegette, melyekből a roham súlyos volta felismerhető, még az idült feregnyújtványlob, illetve a szabad időközben végzendő műtét javalataival foglalkozik. Itt is azon az állásponton áll, hogy a mely gyermek egy súlyos rohamot kiállott, vagy a melynek idült kellemetlenségei vannak, feltétlenül megoperálandó, mert veszélyben forog, míg ellenben a műtét ilyenkor tudvalevőleg veszélytelen.

Dollinger előadja rövid hozzászólásban klinikája eljárását peri-appendicularis septikus tályogoknál. A tályogot a szokott módon megnyitják. Ha a processus vermiformis tályogban fekszik, akkor azt azonnal eltávolítják; ellenben ha nem fekszik szabadon a tályogüregeben, a mi a gyakoribb lelet, akkor a tályogüreget nyíltan kezelik és 8—10 nap múlva, a mikor a tályog már nem septikus, távolítják el a feregnyújtványt. Ezzel az alkalommal a sebet azonnal rétegesen bevarrják és egy vékony drainsövet helyeznek a varraton keresztül a vakbélig.

(1903. évi november hó 12-dikén az új szent János kórház sebészeti osztályán tartott ülés.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyzők: Haberern Pál, Dapsy Viktor.

Elnök: Megnyitja az ülést és bemutatja Preindelsberger főorvost Sarajevóból mint vendéget.

Húgycsőszűkület és prostatatúltengés 86 éves egyénnél.

Bakó Sándor: A húgycsőszűkületet két irányban hozták össze-köttetésbe a prostatatúltengéssel. Egyik felfogás szerint a húgycső-

szűkület okul szolgál a prostatatúltengés kifejlődésére, a másik felfogás ezzel éppen ellenkezőleg azt tartotta, hogy húgycsőszűkület mellett egyáltalában nem is képződik prostatatúltengés. A tapasztalat mind a két felfogást megdöntötte. Ma már megállapítottak vehető, hogy a húgycsőnek, prostatának, húgyhólyagnak lobos megbetegedései, úgyszintén a húgycsőszűkület valódi prostatatúltengést elő nem idéznek, és viszont tény az, hogy, habár ritkán, prostatatúltengés és húgycsőszűkület együttesen előfordulnak. Egy már meglevő prostatatúltengés mellett is kaphat valaki lobos eredetű húgycsőszűkületet, valamint a ki fiatalon jutott húgycsőszűkülethez, annál a későbbi években a szűkület mellett is kifejlődhetik a prostatatúltengés.

A bemutatott beteg egy héttel ezelőtt vétetett fel az urológiai osztályra. Panaszát gyakori vizeleti inger képezte, mely negyedóránként, néha félóránként jön és a vizelet alatt szúrást érez a penisben. 3 év előtti hasonló bajjal 6 hétig volt kezelés alatt egyik helybeli kórházban, hol bougie-t alkalmaztak nála. A húgycső megvizsgálásánál egy közepes vastagságú sonda akadálytalanul halad a húgycső külső nyílásától 5 cm. távolságig, itt a scrotális rész kezdetén megakad s ez akadályt csupán egy 4-es számú francia conikus bougieval lehet átlépni, mely azután zavartalanul halad egészen a hólyagig.

A húgyhólyag sem kopogtatására, sem tapintására teltséget nem mutat, úgy hogy vizeletrekedés fenn nem forog. A prostata meg van nagybodva, mérsékelt a jobb lebeny, szembetűnően a bal, melynek felső határa újjal el sem érhető, ez a lebeny a végből ürbe jelentékenyen elődomborodik. A vizelet mérsékelt cystitis jeleit mutatja bővebb genyirtartalommal. A beteg láztalan. A kezelés a felvétel napján a 4-es számú francia bougie felőráig való benntartásával kezdődött. A következő napon fokozatosan vastagabb francia bougie bevezetése után egy 3-as számú angol katheter volt bevezethető, mely azután bent is hagyatott; ettől fogva naponta fokozatosan vastagabb állandó katheter lett behelyezve, egészen a 8-as számig. A szűkület további kezelése, tekintettel a beteg magas korára, az állandó katheter elhagyásával fokozatosan vastagabb bougie bevezetésével fog történni. A vizelet a naponta végzett hólyagmosásokra csakhamar egészen megtisztult. A beteg képes volt éjjel 4–5 óráig visszatartani a vizeletet és képes volt fájdalom nélkül kieresztetni. Ez az eset a mellett tanúskodik, hogy a húgyhólyag néha még ily késő korban is mennyire képes kapacitását megtartani, dacára a prostatatúltengésnek. Guyon azt veszi fel, hogy a kik fiatalabb korukban jutottak húgycsőszűkülethez s a kiknél ennek folytán a húgyhólyag izomzatának compenzáló hypertrophiája kiképződhetett, azok a majdan beállandó prostatatúltengéssel szemben előnyben vannak; ezeknél éppen a hólyagizomzat hypertrophiája folytán nem fog beállani vagy nem fog oly könnyen beállani a chronikus húgyrekedés. Hogy a jelen esetben volt-e ilyen szerepe a húgycsőszűkületnek, nehéz volna eldönteni. A betegről nem lehetett megtudni, hogy a 3 év előtt már fennállott húgycsőszűkülete mikor kezdődött. Lehetéské, hogy ez régebbi keletű, mert a húgycsőszűkületről ismeretes, hogy ha complicatio hozzá nem jön, hosszú időn keresztül fennállhat a nélkül, hogy a betegnek arról tudomása lenne. De viszont az is ismeretes, hogy a túltengett prostata nem vezet mindig húgyrekedésre; ez is fennállhat hosszú időn keresztül a nélkül, hogy észrevehető vizeleti zavarokat idézne elő. Csak a minap távozott az osztályról egy 76 éves beteg, a kinél szülő húgykő-morzsolást végzett, ennél dacára a prostata túltengésnek a húgyhólyag rendszeren működött, sőt nála a különben kisebb kő sem okozott más tünetet, mint hosszabb időközökben némi bizsergés kíséretében egy csekély hólyagvérzést.

Vesedaganat esete.

Bakó Sándor: Az eset a következő: N. István, 42 éves, cipész 1903. év szeptember hó 8-dikán vétetett fel az osztályra. A vézna beteg panaszát vizeleti nehézség képezi. 2–3 óránként kell vizelnie úgy nappal, mint éjjel, vizelete nehezen indul meg, soká tart míg kivizeli magát, s utána nem érez megkönnyebbülést. Maga a vizelet fájdalmával nem jár, csak tompa nyomást érez a gáton. A nyár eleje óta szomja fokozódott, sok vizet iszik. Állandó fájdalma van a keresztcsont bal oldalán, s onnan kisugárzik a térdig, s e fájdalom oly élénk, hogy hosszabb ideig nem is tud hanyatni.

Vizsgálatnál a penis gyökén egy diónyi, körülírt, tömött daganat tűnik fel, mely a penis két harmadát körülfogja. A daganat felett a bőr rendes, ránczba szedhető, alapján a húgycsővel és a corp. cavern.-val szorosan összefügg. A daganat nem fájdalmas. Egy 18-as gombos végű sonda a húgycsőbe vezetve akadály nélkül eljut a daganat kezdetéig, ott megmarad, de a penis erős meghúzása után áthatol, s ezen útján az eszköz gombja kivülről nem érezhető. Hólyag nem fájdalmas, benne 50 gm. residuális vizelet található. A prostata jobb lebenye valamivel nagyobb, tömött, nem fájdalmas. Beteg állítása szerint vizelete véres sohasem volt. Beteg láztalan. Lobos beszűrődésnek a daganat nem felel meg; alképlet elsődlegesen hasonló nagyságban e helyen nem szokott előfordulni. Beteg fején két egymástól külön álló, rendes hajas bőrrel fedett, kis alma nagyságú daganat található, egy 3-dik a nyakszirtecsont, egy 4-dik a falcsontra a jobb fül mögött. Minden daganat a csonttal szorosan összefügg, nem fájdalmas. Betegnek főfájása nincs, elég jól alszik. A beteg elmondja, hogy egész munkabíró ember volt ez év tavaszáig, akkor vette észre a penisen a daganatot, mely áprilisban jelen nagyságát elérte, s azóta változatlan. A fején levő daganatra májusban lett figyelmessé, májustól júniusig egy magát újságban hirdető orvoshoz járt, ki hólyagmosásokkal kezelte. Augusztusig mesterségét még tudta folytatni, azóta azonban ereje mindinkább fogy, étvágya csökken. A has megtekintésénél feltűnik annak

teltebb volta, mely a has felső részén válik feltűnővé. Tapintásnál a jobb lumbális tá.át egészen kitöltő daganat érezhető, mely csaknem a köldökig ér, felső széle a mellő hónaljvonalban a bordát eléri. A daganat a májtól elkülönített, bimanuális vizsgálatnál helyéből kimozdítható, nem fájdalmas, úgy hogy betegnek erről tudomása nincs. Hasonló, de valamivel kisebb daganat van a bal vesetájón. A vizelet napi mennyisége, több napon vizsgálva, 1800–3000 cm³ közt váltakozik, fjs. 1001–1007, savi vegyhatású. 22 éves korában penisen fekélye volt, melyet 1½ hó-napig jodoformmal kezeltek. Felesége él, egészséges, soha teherbe nem esett, szülei késő korban haltak meg, 3 testvére egészséges.

Nyilvánvaló volt, hogy a beteg panaszát képező vizeleti nehézségek oka a penisen ülő daganat, mely a vizelet útját állta, de a hólyag szót érdemlő megbetegedésére nem vezetett. Innen felhágólag a vesemegbetegedés nem származhatott, mely fokozott szomjában, polyuriában s alacsony fajsúlyban nyilvánult. A vesébajt a kétoldali nagy tumor okozta, s ezen daganatokkal hasonló természetűeknek kellett lenniök a fejen és penisen ülő daganatoknak. Gümőkóros megbetegedésre mi sem vallott. Alképlet, nevezetesen sarcoma azért nem volt plausibilis, mert mindkét vesedaganat közel egyforma volt, vér a vizeletben nem mutatkozott, beteg láztalan, s csontmetastasisok is hiányoztak. A kereszt-táji fájdalom, mely a vizeleti nehézséggel egyidejűleg jelentkezett, jele lehetett ugyan a medenczében ülő sarcomának, de ez kimutatható nem volt, az alsó végtag semmi vérkeringési zavart nem mutatott, s hasonló kisugárzó fájdalmak vesedaganatoknál is előfordulnak. Tekintettel a kiállott sankerre jutott arra a feltevésre, hogy gummával van dolga. Hogy a bújákor a vesének hasonló megbetegedését létre hozhatja, erre Izrael ily idevágó esetét ismertet.

A betegnél tehát megkísérlette a higanykenőcs-bedörzsölést, de a beállott májlob miatt csakhamar abba kellett hagyni. A kenőcs kihagyása után a májlob csakhamar megszűnt, de a higany további alkalmazásától elállott. Nem tűrte a beteg a jodkaliumot sem, ez alatt étvágya csökken, esténként kis hőemelkedés állott be, úgy hogy egy idő múlva ezt is ki kellett hagynia. A 37.8 esti hőemelkedés erre megszűnt ugyan, de a beteg folyton hanyatlott, gyakran voltak hasmenései. A jobb vesedaganat ez idő alatt valamivel nagybodott, de a mi legjobban feltűnt az utóbbi napokban megejtett vizsgálatnál az, hogy a prostata jobb lebenyén talált megvastagodás átterjedt a bal lebenyre is, ezek már most összefolyva egy tömött percszerű daganatot képeztek. Ezek után most már alig szenved kétséget, hogy az összes daganatokat sarcoma képezi, a melynek kiindulási pontjáról a holnap végzendő boncolás fog felvilágosítást nyújtani, melyet a szakosztályllyal pótlólag fog közölni.

(A boncolás, mint a bemutató pótlólag közli, csakugyan sarcomát derített ki. Mind a két vese egy-egy gyermekfej nagyságú sarcomamasszába volt beágyazva, s annyira sorvad, hogy állományából alig volt valami kivehető. A fejen ülő daganatok a koponyacsontot már egészen áthatolták. Áttételek voltak még a pajzsmirigyben, a májnak jobb lebenyében, a penisen, a prostatában. Az elsődleges székhely a keresztcsont vájulatában ülő ökölyi daganat volt. A csontokban egybeült áttét nem volt található.)

Ez a sok tekintetben érdekes eset azt bizonyítja, hogy fennállhat a két vesének nagyra nőtt sarcomája, a nélkül, hogy vesetáji fájdalmakat okozna és vérzésekre vezetne, továbbá, hogy mindkét vese csaknem egyformán nagyra nőtt metastasisoknak lehet a székhelye.)

Elgenyedt gümös nyaki mirigyek kezelése jodoform-glycerin-emulsióval.

Massanek Gábor: Eljárása a következő: Egy középvastagságú trocárral megpungálja az elgenyedt mirigyet, a geny kibocsátása után jól kiöblíti bórolattal, s azután jod-glyc.-emulsiós befecskendezés után a trocárt eltávolítja. Szükség esetén ezt többször végzi. Eljárásával a csunya és torzító hegeket akarja kikerülni. Ha az eljárás célhoz nem vezetne, a teljes feltárás még mindig követheti, s ezért mint enyhébb beavatkozást követésre ajánlja.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

2620/1904. szám.

A nagybecskereki „József” közkórháznál 1000 korona évi fizetéssel, szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott alorvosi állás megüresedvén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Az ezen állásra pályázók szabályszerűen kiállított kérvényüket, valamint képesítüket igazoló okmányaitat hozzám f. évi március hó 1-jéig sziveskedjenek beküldeni, mert később beérkezett folyamodványok figyelembe vehetők nem lesznek.

Nagybecskerek, 1904. évi február hó 9-dikén.

3-2

Az alispán.

2719/1904. k. i. szám.

A beregszászi vármegyei közkórháznál üresedésben lévő segédorvosi állásra, mely évi 1400 korona fizetéssel van egybekötve, pályázatot hirdetek.

Felhívtnak azon orvosok, kik az állást elnyerni óhajtják, hogy kellőleg felszerelt kérvényeiket március hó 31-dikéig az alispáni hivatalhoz (Beregszász) nyújtsák be. — Orvosi gyakorlat megengedettik s a kinevezés véglegesnek fog tekintetni.

Beregszász, 1904. évi február hó 15-dikén.

2-1

Jobszty Gyula, alispán.

948/904. ikt. szám.

Gádoros községben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot nyitok. Az állás javadalmazása: évi 1000 korona készpénzfizetés, 4 szoba s megfelelő melléképületekből álló természetbeni lakás, szabályrendeletileg megállapított látogatási díj, a mely az orvos lakásán nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér; a beteg lakásán nappal 60 fillér, éjjel 1 korona; halottkémzésért járó díj 40 fillér. A megválasztott orvos a községbeli vagyontalanokat díjtalanul tartozik gyógykezelni. Az oklevéllel s eddigi alkalmazást igazoló bizonylatokkal felszerelt pályázati kérvények hozzám folyó évi március hó 31-dikéig beadandók. Orósháza, 1904. évi február hó 14-dikén.

3-1

Ambrus Sándor, főszolgabíró.

308/904.

Bihar vármegye cséffai járásában kebelezt Zsadány községben újonnan rendszeresített **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom az ezen állást elnyerni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a, illetve 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ában meghatározott képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelendő folyamodványukat hozzám f. évi február hó 29. napjáig annál is inkább nyújtsák be, mert az azontúl érkezőket figyelembe venni nem fogom.

Ezen állás javadalmazása következő:

1. 1000 korona évi fizetés.

2. 200 korona lakbér.

3. Esetenkénti látogatási díjak:

a) az orvos lakásán 40 fillér;

b) a beteg lakásán 80 fillér, éjjeli látogatási díjak kétszeresen számítandók.

A választás f. évi március hó 3-dik napján d. e. 10 órakor fog Zsadány községében megtartatni.

Cséffa, 1904. évi február hó 10-dikén.

ifj. Markovits Károly, h. főszolgabíró.

A „Klotild” első magyar vegyipar részvénytársaság gyári betegsegélyező pénztárának igazgatósága a megüresedett **orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdet.

A pályázótól megkívánatik:

1. hogy orvosi képesítését a budapesti egyetemen, vagy a bécsi egyetemen nyert és honosított doktori oklevéllel bizonyítsa;

2. hogy a sebeszet, belgyógyászat és szülészet terén megfelelő gyakorlattal rendelkezék;

3. hogy egy szláv nyelvet feltétlenül beszéljen.

Az állás díjazása:

1. évi 1600 korona fizetés.

2. évi 500 korona lakástalan; (a lakás idővel esetleg természetben.)

3. megfelelő fűtési és világítási illetmény természetben.

Azonkívül jogában áll az orvosnak, hogy az itteni mintegy 6000 lakossal bíró községben, hol csak egy orvos van, szabad gyakorlatot folytathasson, oly időben, midőn a betegsegélyező pénztár által igénybe véve nincsen.

A pályázatok fennnevezett igazgatósághoz Nagy-Boeszkóra folyó évi május hó 31-dikéig nyújthatók be.

Nagy-Boeszkó, 1904. évi február hó 15-dikén.

3-1

„Klotild” első magyar vegyipar részvénytársaság.

172/1904. kbsz.

A gyergyószentmiklósi nyilvános jellegű megyei kórháznál lemondás folytán megüresedett élethossziglani kinevezéssel járó **rendelőorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás évi 1000 korona fizetéssel, 2 szobából álló butorozott lakással, fűtés és világítással javadalmazatik.

Felhívom mindazon orvosdoktorok, a kik legalább 2 évi orvosi gyakorlatot kimutatni képesek, hogy szabályszerűen felszerelt pályázatukat Csik vármegye főispánjához intézve alattírt kórházbizottság elnökségéhez 1904. évi március hó 10-éig bezárólag nyújtsák be.

Gyergyószentmiklós, 1904. évi február hó 11-ikén.

A „Gyergyói kórházbizottság” nevében:

Lázár Menyhért, k. b. elnök.

Fejér Mihály dr., k. b. jegyző.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
febr. 23.	körorv.	Mátészalka	1200 korona	Ilosvay Endre fszb., Mátészalka.
„ 25.	közs. o.	Nyírmada	1400 korona	Péchy Béla főbíró, Nyírmada.
„ 25.	közs. o.	B.-Szt.-Tamás	1600 k., 400 k. lakbér	Dr. Balaton Gyula fszb., Ó-Becse.
„ 25.	közs. o.	Szulok	1047 korona	Sárközy Béla fszb., Bács.
„ 26.	közs. o.	Kuczura	800 korona	Széchenyi Tamás dr. fszb., Bács-Kula.
„ 27.	körorv.	Eger	1300 k., 200 k. úti által.	Drisnyei fszb., Péter- vásár.
„ 28.	körorv.	Radosócs	1200 k., 400 k. úti át.	Fridecsky B. fszb., Holic.
„ 29.	közs. o.	Kiskér	800 k., kézi gyógytár	Széchenyi Tamás dr. fszb., Bács-Kula.
márc. 1.	körorv.	Érendréd	1200 korona	Jeszenszky B. főszolgab., N.-Károly.
„ 6.	körorv.	Tinnye-Perbál	1220 korona	Geréby Imre fszb., Bia.
„ 15.	körorv.	Bajmóc	1600 korona	Filberger Gyula dr. fszb., Privigye.
„ 20.	közs. o.	Légrád	1200 korona	Viosz fszb., Nagy- kanizsa.
azonnal	segédo.	Budapest- Lukácsfürdő	—	Dr. Bosányi Béla főo., ugyanott.
—	m.-orvos	Vás.-Nemény	Némi fix fizetés is	Mandel J. dr., V.-Nám.

SYR. FERR.

POLYBROM

CUM. ARSEN. SEC. RADITZ

100 gm. tartalmaz Fe. 20 K. Na. és Amon. Brom aa 6.0 arsenit 0.005.

Javulva van: Általános idegbetegségeknél, gyengeségi állapotoknál mint tonicum és fertőző betegségek után a reconvalescentia szakában. Általános anaemáknál és chlorosis eseténél nem csak a vérszegénységet gyógyítja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat.

Eredeti üveg ára 2 korona.

E készítmény az igen tisztelt orvos urak szíves figyelmébe ajánlja a készítő **RADITZ IGNÁCZ** „Fehér-kereszt” gyógyszerháza. Budapest, IV., Fővámter 6. szám.

Sanatogen

Leghatásosabb erősítőszert

Kiváló tonikus hatással

Teljesen inger nélkül.

Orvos úrnak próbák és irodalom ingyen és bérmentve küldetnek a gyártók által

Bauer és társa, Sanatogen-telep. Berlin SW. 48.

Nagy jövőjű jodos vízű hazai fürdő

fiatal s képzett, lehetőleg keresztény

orvost keres.

Felvilágosítás nyerhető Budapesten Baross utca 66., I. emelet, 2. ajtó alatt (d. u. 2—3 óra között).

PERDYNAMIN

állati vacas-fehérry.

Olcsó, ízletes, jól szedhető, étvágygerjesztő.

Orvosok által melegen ajánlva:

Sápkórság, phthisis, vérszegénység és lábadozás alatt.

Kapható a gyógytárakban. 1—2 evőkanállal 2—4-szer naponta.

II. BARKOWSKI, Berlin O. 27., Alexanderstrasse 22a.

Mintákat és irodalmat ingyen és bérmentve küld a vezérképviselőség:
Chem.-diätet. Laborat. Camillo Raupenstrauch, volt gyógyszerész, Wien, II.,
Castelleigasse 25.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, gőrsői és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint gőrsői bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

Dr. VAS BERNÁT a laboratorium vezetője.

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13—15. szám.

MÁLNÁSI MÁRIA-FORRÁS

TERMÉSZETES ALKALIKUS SÓS SAVANYÚVIZ
A TÖRÖK GÉGE ÉS LEGCSŐ, A GYÓMOR ÉS BELHUZAM HURUTOS BANTALMÁINÁL A
TUBERCULOSIS MINDEN STADIUMÁBAN PÁRATLAN HATÁSÚ: A SCILTERSI ÉS A
GLEICHENBERGI VIZEKET JÓVAL FELÜLMULJA.
BPESTI VEZÉRKÉPVISÉLŐSÉG: NÁDAS MÁRTON, DESSEWFFY-UTCA 41, TELEFON 238
KAPHATÓ: LUX MIHÁLYNÁL MUZEUMKÖRÜT 7 (TEL. 672), MINDEN GYÓGYSZERTÁRBAN -
DROGUERIÁBAN ÉS FÜSZERKERESKEDÉSBEN KÜTKEZELŐSÉG BRASSÓ.

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasútméntén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Felvilágosítással szívesen szolgál a kezelőség.
Prospektusok díjmentesen.

RICHTER GEDEON gyógyszer-készítményei
Budapest, IX., Üllői-út 105.

Lecithin Richter

Friss tojássárgájából előállított természetes glycero-phosphat (40% szervesen kötött phosphor). Javallatok: Neurasthenia, angolkór, tuberculosis stb. A testsúlyt rohamosan növeli.

Adagja: naponta 3 × 1—4 tableta. — Ára 5 ctgros tabletták üvege 5 kor., 2 1/2 ctgros tabletták üvege 4 korona.

Ol. Jecoris Aselli c. Lecithino sec. Richter.

kitűnő hatású görvélves, rhachitikus gyermekeknek. Napi adag: 3—6 kávéskanál. Üvege 3 korona.

Lactolecithin Richter.

Lecithines tejczukor-por a lecithin kitűnő adagolási alakja a gyermekgyógyászatban.

Minden kávéskanál 0.05 lecithint tartalmaz. Egy üveg ára 2 korona.

Tonogen Suprarenale Richter

Solut. 1:1000.

A mellékvese vérzéscsillapító, vértelenítő hatóanyaga. Nagy üveg (30 gr.) ára 5 korona, kis üveg (15 gr.) ára 3 korona.

Magyar gyógyborok

Az igen tisztelt orvos urak figyelmébe ajánlom kiválóan gondosan készült gyógyboraimat, melyek ménesvidéki fehér asszúval vannak készítve és minden e nemű készítménnyel felveszik a versenyt. **Chinabor.** Malária, váltóláz ellen. 20/00 chininhydrat-tartalommal. — **Vasas chinabor.** Vérczegénység, sápkór eseteinél kiváló hatású, 20/00 chinaal és 20/00 vas-oxyd-tartalommal. — **Pepsinbor.** Az emésztés fokozására és elősegítésére. 250 0/0 pepsint tartalmaz. — **Condurango bor.** Aromás, jó hatású, kesernyész ízű gyógybor, gyomorhurutnál igen bevált.

Ménesi vörös, asszú 1879-ből } lábbadozó betegeknek malaga
Ménesi fehér, asszú 1885-ből } és más külföldi borok helyett
felette ajánlható.

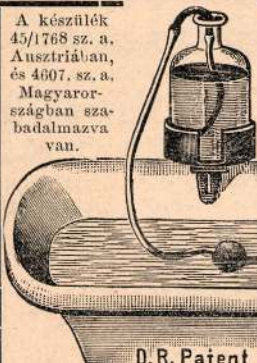
Kapható:

Rozsnyay Mátyás gyógyszerházában a Szentháromsághoz
Aradon, Szabadság-tér.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^r EGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszerházban.

A készülék
45/1768 sz. a.
Ausztriában,
és 4607. sz. a.
Magyaror-
szágban sza-
badalmazva
van.



QUAGLIO-féle szénasavas fürdők házi kúrák részére.

Előnyök: Legegyszerűbb és ve-
szély nélküli háznál való készítés
bármely fürdőkádban. Fokozatos
fejlesztés a legmagasabb absor-
báló CO₂ tartalomig. Hathatós
helyi gázmassage.

Hozzávalók szénasavas normális,
jod-, tannin- és fenyőfürdőkhez.
Kimerítő prospektus kiváló né-
met orvosok (Dr. Max von Petten-
kofer) stb. véleményeivel ingyen
és bérmentve.

D.R. Patent 75037

Vezérképviselés és egyedüli gyártás Ausztria-Magyarország részére:
Apotheke „zum schwarzen Adler“, RICHARD SEIPEL,
Wien, III/1, Hauptstrasse 60. Telefon 9411.

Vegyi, górcsővezetési és bacteriologiai

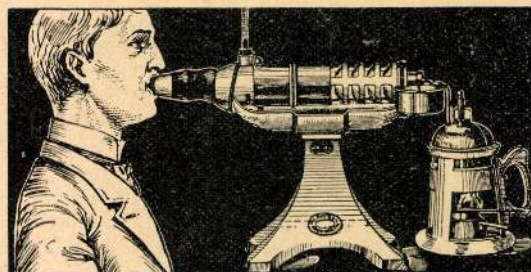
ORVOSI LABORATORIUM

1900. május 1-től VI., Andrassy-út 50. (Oktogon-tér).

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és
transsudátum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

Dr. Bulling-Inhalatio



Thermovariator, szabályozható készülék házi használatra.

A madridi orvoscongressuson nagy sikerrel bemutatva, orvostekinté-
lyektől ajánlva

torok-, gége- és tüdőbajok, főleg idült hurutok, asthma és hökhurut
leküzdésére.

Eddig páratlan, legfinomabb szétporlasztás.

A hófok pontos szabályozhatósága. Tartós.

Kicsinybeni ára: 44 korona.

Raktárak Bécsben: G. & R. Fritz, I., Bräunerstrasse 5.

I. Odelga, IX., Garnisonsgasse 11.

Waldek, Wagner & Benda, I., Opernring 8.

Zirner's Niederlage des Thermo-Variator, IX., Spitalgasse 1.

A gyógytárakban és egészségi cikkek raktáraiban is kapható.

Engedélyek Dr. Bulling-guttafer-készülék részére (kabin-inhalatio)
és a Thermovariator számára (mely csak inhalatoriumok és kölesönzés
ezéjaira van engedélyhez kötve) kaphatók:

Dr. Bulling-Inhalatorium-Syndikat, Wien, IV., Gusshausstrasse Nr. 10.

NERVINOL sec Barabás

Idegcsillapító- és idegerősítő-gyógyszer

kitűnően bevált

álmatlanságnál, neuraszténianál, hisztériánál és egy-
általán az idegrendszer mindennemű kimerüléssel bántalmazásainál.
Többszörösen kipróbálva.

Kapható minden gyógyszerházban; fő- és szétküldési raktár:

„Szent-István“ gyógyszerház

Budapest, V. ker., Nádor-utca 3. szám.

CONTRATUSSIN

„BAYER“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a
VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrassy-út 84.

Minden gyógyszerházban kapható.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Reiniger, Gebbert & Schall

elektrotechnikai gyár

Erlangen—Berlin—Hamburg—München

Wien, IX.3. Universitätsstrasse 12.

Budapest, VI., Ó-utca 42. (Rud. Wonke)

Különlegesség: elektro medikai készülékek. Orvosi csatlakozó-
készülékek villamos világító vezetékeken. Röntgen-készülékek.

Villamos világító-gyógykészülékek.

Gazdagon illusztrált katalógusok ingyen és bérmentve.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauner Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY AGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Klug Nándor: Markusovszky-féle egyetemi jubiláris előadások. Az anyagforgalom élettanának újabb haladásáról. (Kivonatossan ismerteteli Halász Aladár.) 126. lap.
Kövesi Géza és Róth Schultz Vilmos: Közlemény a Korányi Frigyes dr. egyetemi tanár vezetése alatt álló I. számú belgyógyászati kórodáról. A vesegyuladások terapiája. 127. lap.

Fialowski Béla: Törvényszéki orvostan. Törvényszéki orvosi esetek. 130. lap.

Tárca. Tihanyi Mór: Orvosok és orvosi tudomány az ókorban. 131. lap.

Irodalomszemle. Összefoglaló szemle. Marikovszky György: A pneumonia seruntherapiája. 116. lap. — Könyvismertetés. Dollinger Gyula: Sebészeti módszerek és klinikai kimutatás. (Haberern.) — Pesti Alfréd: Magyarország orvosainak évkönyve és czimtára. (Tihanyi Mór.) 134—135. lap. — Lap-szemle. Húgysszervi betegségek. Christen: Adatok a húgyveszűkület kór- és gyógytanához. (Szily Pál) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Ratner: Tannalbin. — Sack: Anthrasol. — Matsner: Vasas somatose. — Folyóiratok átnézete. 134—135. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetés. — Kinevezések. — Erőss Gyula. — Siklóssy Gyula. — Megválasztás. — Chantemesse kinevezése. — Egyetemi alkalmazások. — Ösztöndíjak adományozása. — A székesfőváros közigazgatási bizottságának levele Schwartz Ottó elme- és ideggyógyító intézetéhez. — A magyar orvosok és gyógyszerészek árváinak othona. — Az országos közegészségi egyesület. — Az országos balneológiai egyesület. — Belügyministeri körrendelet. — Borsod vármegye törvényhatósága. — A tüdővész leküzdése. — Megjelent. — Elhunyt. 135—136. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar Tudományos Akadémia. — Budapesti kir. orvosegyesület. — Budapesti királyi orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Közkórházi orvostársulat.

Melléklet. Gyermekgyógyászat. 1. sz. Szerkeszti: Bókay János dr. egyet. tanár.

Markusovszky-féle egyetemi jubiláris előadások.

Az anyagforgalom élettanának újabb haladásáról.

Tartotta az orvoskari tanártestület és meghívott szakférfiak előtt az élettani intézetben

Klug Nándor dr. egyetemi ny. r. tanár.

I. előadás. (II. 17.) Anyagforgalom az élet.

Az életről alkotott fogalom a különböző időkben igen különböző volt. A phoenikiai minden mozgó dolgot élőnek, lélekkel felruházottnak tekintett; Thales szerint a víz őseleme az, mi nélkül élet nem képzelhető. Anaxagoras szerint a levegő — pneuma — az élet főkelléke, míg Heraklit szerint az élet örökös tűz. Hippokrates és tanítványai az életműködés közép-pontján a szívet tekintik, mely a vért felmelegíti: szerintük meleg és pneuma az élet alapfeltétele. Aristoteles tanítása szerint az élet lényeges főoka a mozgás, az élet középpontja s székhelye a szív. Galenos is a pneumában látja az élet alapfeltételét s már azt is tudja, hogy a vér a tüdőben a pneuma behatására regenerálódik.

Hogy a meleg tulajdonképen az élet productuma, azt Van Helmont ismerte fel: ugyancsak ő az emésztést már fermentatásból magyarázza. Descartes szerint az élő szervezet gép, melyet a tobozmirigyben székelő lélek tart működésben.

Stahl lelket (anima), követői külön életerőt vettek fel; ezen vitalistikus felfogás értelmében az életerő más valami, mint az ú. u. holt természetben megnyilatkozó erők. Lotze meg épen valami külön, önálló lénynek tekinti a vis vitalist.

A vitalistikus felfogás sokáig tartotta magát s maga a nagy Johannes Müller, sőt fiatalabb éveikben Berzelius és Liebig is hívei voltak; csak mikor az erő megmaradásának törvényét felismerték, vált tárthatatlanná az életerőről szóló tan, hogy az életnek chemiai s már Descartestól jelzett alapokon való értel-

mezésének adjon helyet. A chemia haladtával rájöttek ugyanis, hogy az élő szervezet bonyadalmas vegyületeit 12—14, már jól ismert s a chemia törvényei szerint egyesült elem alkotja s e vegyületek labilitása az, mi őket az élő szervezet táplálására alkalmassá teszi. De hogy tulajdonképen mi az, a mi az ú. n. holt anyagba életet önt, mi az öntudat, azt ma sem tudjuk. Tudjuk ugyan, hogy az élet a sejtekben folyik le, de hogy minő chemiai változások kíséretében, arról ma is keveset tudunk. Ismereteink ezen hézagosa volt szülte a neovitalismust, mely elismeri ugyan, hogy az élet physikai és chemiai törvényeknek hódol, de tagadja, hogy az élet minden jelenségét (így pl. az öntudatot) tisztán vegytani és physikai alapon lehetne megmagyarázni. A neovitalismus hívei szerint az életjelenségek kellő értelmezésére külön psychikai energia létezésének felvétele szükséges.

Hogy minden élő lénynek van-e, vagy talán, hogy még a nem élő anyagnak is van öntudata, azt nehéz bizonyítani, de minden a mellett szól, hogy az élő és holt anyag között csak fokozati a különbség. Visszatekintve az emberi tudás multjára s a tudomány haladására, joggal feltehetjük, hogy a vizsgálati módszerek tökéletesbülésével az élet lényegét illetőleg is jutunk majd annyira, a mennyire a physika és chemia a maga problémái ismeretében eljutnak.

Az élet legercélszerűbben jelenségeiben (mozgás, érzés, hőképzés, villamtermelőképeség, fényképzés, táplálkozás, növekedés, szaporodás) tanulmányozható. Legáltalánosabb életjelenség a mozgás: a mozgás azonban nem kriteriuma az életnek, mert sok minden, így pl. a béka gerincoszlopja mellől vett szénsavas mészegek csepp folyadékban göreső alatt nézve mozognak s még sem élnek s viszont nem minden mozog, mi él (gomba sporák, növényi magvak).

Az érzés subjectiv valami: hogy minden élő lény rendelkezik-e vele, az ép oly nehezen ítélhető meg, mint a hogy nem tudjuk, vajon a chemiai egyesülés nem jár-e valami elemi érzés-

sel? Magasabb rangú szervezeteknél az érzések felfogására az idegrendszer szolgál.

Az idegrendszerre ható idegek mechanikaiak, vegyiek, hő és elektromos ingerek lehetnek: ez ingerek által kiváltott működés lehet egyszerű izomrángás, lehet érzéki észrebevés és pszichikai művelet. Hogy valamely külbetátás ingerkép hasson, bizonyos fokúnak kell lennie. Ha az érzőideget érő inger a központban (agy, gerinczvelő) mozgató pályára tevődik át, reflex-tünetmények keletkeznek, melyekhez az automatikus mozgások (szívműködés, légzés stb.), sőt az öntudatos cselekvés is, mint kívülről ható inger következménye, tartoznak. Külvilági ingerek tökéletlen szervezettől, alsóbbrendű élő lényekre is hatnak, mint azt villamos árammal, hőhatással és fényvel a rhizopodokon, infusoriumokon tett észleletek (galvanotropismus, thermotaxis, phototaxis, chemotaxis és geotropismus) bizonyítják.

A phagocytismus, nemkülönben a fehér vérsejtek vándorlása is chemotaxisban leli magyarázatát.

Élő és holt anyag között az a különbség, hogy az élő milliónyi, egymással bensőleg összefüggő atomja önálló lényt alkot, míg az úgynevezett élettelen anyag molekuláit ily értelemben mi sem kapcsolja egymáshoz.

Egy más tulajdonsága az élő lényeknek a *hőtermelés*, mit kézzelfoghatóan bizonyítanak a melegvérű állatok. Bizonyos élő lények világítanak is: e tulajdonságot sokszor az idegrendszer szabályozza. Érdekes, hogy a fényttermelés oxygen jelenlétéhez van kötve. Hogy az élő szervezet villamosságot fejleszt, Galvani fedezte fel. Az állat és növény ép vagy nyugalomban levő részei elektropositívek a szervezet működő vagy sértett részeihez képest. Ez áramok különben chemiai változások következményei, mi valószínűvé teszi, hogy a villamfejlesztés minden élő lény közös tulajdona.

Galvani kísérleteiből arra következtettek, hogy az idegizgalom a villamossággal azonos; ez ellen azonban az idegizgalom aránylag lassú terjedése, s a tengelyfonalak útján történő elszigetelt vezetése szól.

Fontos életjelenség a szaporodás; ma már bebizonyított tény az omne vivum e vivo (Harvey) elve, s így a szaporodás az élő lények kizárólagos tulajdonsága, de másfelől tudjuk azt is, hogy nem minden élő lény szaporodásképes.

Az élet, s így az életjelenségek megnyilatkozásának legfontosabb feltétele a szünetnélküli anyagcsere. Az élő lény holt anyagot élővé változtat. Az élő lény assimilatio, az élettelen, pl. egy kristály, appositio, ráakódás útján nő. Az élő szervezet működése közben egyfelől új protoplasmát képez, tehát assimilál, másfelől bizonyos anyagokat elhasznál s szétbont, vagyis dissimilál. E két folyamat a többi életjelenség forrása. Az assimilatio legnagyobb részét a növények végzik: napsugarak behatása alatt CO₂-t kötnek meg s O lesz szabaddá. Sőtétben megfordítva. A desoxydationnal járó synthesis folyamata alatt a növény a nap energiájának egy részét megköti; ezen melegmennyiség lesz szabaddá, midőn az anyagok szétesnek.

Az állati szervezet szerves anyagokból képezi a maga összetett szerves alkotó részeit. Az állati szervezet assimiláló képessége kevésbé intenzív, mint a növényeké.

Az élő sejtben energia felhalmozódása — assimilatio mellett, mint már említve is volt —, az oxydatio és hasadás következményeként energia fel is szabadul: ez a dissimilatio. A dissimilatio eredményeként CO₂ vagy pedig húgyanyag s mások képződnek. A dissimilatiohoz, s így az élethez szabad oxygen jelenléte szükséges; e szabály alól kivételt csak az anaërob bakteriumok, nemkülönben a bélférgek látszanak képezni: de ezek is, úgy látszik, szerves anyagok hasadásánál keletkező oxygennel fedezik élenyszükségletüket.

Az élő szövetek táplálása, az elhasznált anyagok kiküszöbölése nem lehet egyszerűen *szűrés* eredménye, mint régekte gondolták, nem is tisztán diffusio és osmosis következménye. A sejtek vízfelvételét s vízvesztését pedig a sejt semipermeabilis hártájára s a többé-kevésbé hasonló tulajdonságot mutató sejt-protoplasma a benne folyó chemiai változásokkal egyetemben szabályozza.

Kivonatossan ismerteti Halász Aladár dr. v. tanársegéd.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Korányi Frigyes dr. egyetemi tanár vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kórodáról.

A vesegyuladások therapiája.

Irták: Kövesi Géza klinikai tanársegéd és Róth Schulz Vilmos, volt klinikai gyakornok, nervii orvos.

(Folytatás.)

Ha vizenyős esetekben teljesen elesik a bő folyadékfelvétel indicatioja, úgy még mindig számot kell vetnünk azon eshetőséggel, hogy vizenyő nélküli, compensált, teljes vízkiválasztó képesű vesebajosoknál tényleg teljesíthetjük vele a vese átöblítésének s a szervezet kimosásának feladatát. A veseátöblítés követelése persze épen ezen esetekben nem látszik jelentőségesnek. Ezen esetekben nem keringenek a vérben toxinok — a melyeket a veséhez áramló vérben felhigítani volna a bő folyadékfelvétel célja — s nem tömeszelik el a veseatórnácskákat alvadékok, hengerek, a melyeket elseperni volna a bő folyadékár feladata. Ezek után csak úgy volna a bő vízfelvételnek értelme, ha a következményes diuresis képes a szervezetben megrekedt oldott bomlástermékek kitakarításához is hozzájárulni. Ide vágó vizsgálatainkból az derül ki, hogy a bő vízfelvételnek nincs meg ezen remélt kedvező hatása. Egy teljesen vizenyőmentes interstitialis nephritis esetben az anyagcserevizsgálat 3 napos előperiodusa után egy 5 napos bő folyadékivási periodust iktattunk be, a melyben a rendes napi ásványvizadagot (900 cm³ Salvatorviz) további 1800 cm³-rel toldottuk meg. A bő folyadékivás nem csökkentette a vizsgálat egész folyamán fennálló N visszatartást s az egyéb szilárd részek (Na Cl, molecul. diuresis) kiválasztását is csak látszólag, t. i. az által fokozza, hogy a fölös ásványvízben foglalt oldott részek is kiválasztásra jutnak. Ezek mennyiségének számbavételével azonban az derül ki, hogy az oldott vizeletrészek kiválasztása a bő ivás folyamán nem kedvezőbben, sőt kedvezőtlenebbnél alakul, a minek tanúságául a vér fagyáspontsúlyedése is ezen periodus végével nem fogyott, sőt meggyarapodott (0.59^o-ról—0.62^o-ra).

Ezen s hasonló megfigyelések annak belátására késztetnek, hogy a fölös folyadékbeviteltől számbajövő hasznót vizenyő nélküli compensált interstitialis nephritiseknél se várjunk. Ellenben jelentékeny kárt tehetünk az ilyen esetekben is a beteg állapotában a folyadékfelvétel mértéktelen fokozása által. A vese hígító, vízkiválasztó képessége csökkenését a functionális vizsgálat alkalmas módszere segítségével ismételtelen olyan esetekben is észleltük, a melyekben a vízretentio klinikailag megnyilatkozásra még nem jutott. S ilyen esetekben mi sem alkalmasabb a már labilis vízegyensúly megbontására, mint a fölös folyadékbevitel.

Más szempontból jutott Noorden azon eredményre, hogy a túlságos folyadékbevitel, a nagy elterjedésnek örvendő tej- s ásványvízkúrák túlságba vive, komoly veszélyt hozhatnak a különben relativ épségnek s munkaképességnek örvendő, zsugorodó vesében szenvedő betegekre. A bő folyadékbevitel u. i. a véredényrendszer túltelítése által a szív munkáját fokozott mértékben veszi igénybe s a szív kimerítése által a betegség lefolyását végzetes irányba terelheti. Idevágó igen tanulságos s érdekes eseteinek ismertetéséből Noorden oda concludál, hogy „zsugorodó vese számos esetében a folyadékbevitel korlátozása, hasonlóan, mint szív-bajosoknál, életmentő jelentőségű“.

A folyadékbevitel ellenőrzése s megsabása ezek szerint a vesebajosok diatetikájának mellőzhetetlen kiegészítő részét képezi, a minek számbavételével a vesebajosok étrendjével szemben in summa azt a követelést támasztjuk, hogy úgy az oldott bomlástermékeknek, a sóknak, mint az oldó víznek a vesékhez való áramlását azon korlátok mögé szorítsa, a melyeken belül a vesék azokat biztosan képesek hiánytalanul kitakarítani.

Ezen követelés teljesítésével egyrészt elejébe vágunk a retentionnak, a vesebaj súlyos tünetei forrásának, másrészt

megóvjuk a veséket a bennrekeft bomlástermékek káros, maximális erő kifejtésére ösztökélő ingerhatásától, a mely esetleg a beteg szerv teljes kimerülésére vezethet. Az utóbbi szempont, a *vesekímélés* szempontja alapján egyszersmind törlendők a vesebajosok étrendjéből az olyan anyagok, a melyek a vesén való kiválasztásuk folyamán károsan izgatják annak működő elemeit — a minők régi hagyomány, de részben újabb kutatások tanulsága szerint is az erősebb fűszerek, a tea, a kávé, az extractiv anyagokban bővelkedő húsfajták stb.

Végre a vesebajosok diatetikájában is elül áll — s a *consumptio* veszélyével járó chronikus esetekben különösen jelentőséges — az a követelés, hogy a táplálék *caloria*-s *fehérjé tartalma* fedezze a szervezet igényeit, sőt esetleg pótolja a korábban elszenvedett veszteségeket. Hogy milyen nehéz a kielégítő fehérjé táplálás s a nitrogenretentio diata úján való megelőzése ellentétes követeléseit esetenként összeegyeztetni, s hogy ezen nehézséget csak a vese N-kiválasztó képességének esetenként s időnként való ellenőrzésével hidalhatjuk át, fentebb bővebben kifejtettük.

A diatetika ezen irányelveinek a gyakorlatban való alkalmazása nagy körültekintést s nem csekély fáradságot vesz igénybe. Csak az egészen könnyű, teljesen compenzált esetekben elégedhetünk meg általános utasításokkal: bizonyos ételek s élvezeti anyagok eltiltásával, mások ajánlásával, de még ilyenkor is kívánatos a különböző táplálék s a folyadék megengedhető mennyiségének legalább hozzávetőleges megállapítása, a mely nélkül kiteszszük betegünket annak a veszélynek, hogy veséjét a túlságos mennyiségben képződő bomlástermékek túlterhelik, vagy hogy a mértéktelen folyadékbevitel túlfárasztja a compenzálásra hivatott szívet. Csak az egészen súlyos, szinte reménytelen esetekben fogunk a helyesen megszabott diata áldásától annak kivihetetlen-ségénél fogva teljesen lemondani. Az esetek túlnyomó számában a pontosan s részletesen megszabott diata a vesebajosok gyógykezelésének legfontosabb, mellözhetetlen részét képezi. Hogy általános előírások az étrend részletes megszabását milyen kevésbé pótolják, arról meggyőződhetünk, ha az olyan sokszorosan ajánlott s nagyon kiterjedt alkalmazásnak örvendő tejdiatát vesszszük a fent kifejtett szempontok alapján bírálat alá. A szigorú tejdiatát értjük, a mely kiküszöböl az étrendből minden egyéb tápanyagot, s a mely minálunk; úgy hiszszük, kevésbé jut alkalmazásba, de pl. Franciaországban különösen G. Sée ajánlása folytán a vesebajos ideális diatájaként szerepel. Ha egy 70 gm. súlyú nyugvó ember összes napi tápszükségletét (körülbelül 2500 cal.) tejjel akarnók fedezni: úgy nem kevesebb mint 4 liter tejet kellene naponként elfogyasztania. Középsúlyos vizenyős nephritis-esetben az ilyen nagy folyadékbevitel bizon méssze túlszárnyalja a vese vízkiválasztó képességét s a tiszta tejdiata a vízretentiót s vizenyőt gyarapítaná. 4 liter tej továbbá 21 gm. N-nek megfelelő fehérjét tartalmaz, tehát olyan mennyiséget, a melynek bomlástermékeivel megbirkózni a súlyosabban megbetegedett vese bizon képtelen. Másszóval, ha tiszta tejdiatára szorítkoznánk, úgy vagy a kielégítő táplálásnak, a testállomány fenntartásának követelését kell elejtenünk, vagy a beteg vesét terheljük túl, s a retentiót növeljük. Egyfajta táplálékra szorítkoznunk — legyenek annak bár olyan kitűnő sajátosságai, mint a tejnek — nem diatetika, de lemondás a diatetikáról, a melynek főeszköze a tápszereknek az egyéni s időleges igényeknek megfelelő czélszerű csoportosítása. Minél kevésbé van e csoportosításnál a kezünk megkötve, annál könnyebb combinatio által a kitűzött czélt elérni. A tej kétségtelenül jogosan visz oly nagy szerepet a vesebajosok táplálásában, de nagy víz- s nagy nitrogéntartalmánál fogva *egymagában* legtöbbször nem fog czélunknak megfelelni; mellette igénybe veendők a caloriadus tejkészítmények, növényi tápszerek is, s idült esetekben nem nélkülözhetjük a húst sem, a melynek extractiv anyagai véleményünk szerint korántsem olyan ártalmasak a vesékre, mint a hogy kísérletes vizsgálatok alapján (*Gaucher, Thomas*) némely szerző állítja.

Pontos quantitativ diatás előírással, a mely minden esetben a szervezet táplálékigényének s a vese (különböző irányban való) funtióképességének beható ismeretén alapszik, esetenként sikerülni fog a retentionnak teljesen elejét venni, vagy azt legalább is bizonyos korlátok közé szorítani.

II.

A már *kifejlődött* retentio ellen tisztán diatetikai úton czélt nem érhetünk. A már felhalmozódott vizeletalkatrészek kiválasztását egyéb módon kell elérnünk, még pedig — a mennyiben a vesék kímélésre szorulnak — nem a vesék, de egyéb szervek, úgy mint a bőr verejétkmirigyei, a bélnyákhártya útján. Ezen szervek „vicariáló” tevékenységét már a régi orvosok is sokszorosan igénybe vették a vizenyő különböző nemeinél.

Az *izzasztás* gyógymódja a vesebajosok vizenyője ellen Angolországban főleg *Osborne*, Németországban *Liebermeister* s később *Ziemssen* hathatós ajánlata folytán jutott kiterjedt alkalmazásba. Hogy a diaphoresis a vízelvonás hatalmas eszköze, az iránt kétség nem forog fenn. Ellenben nincsen azon elméleti s gyakorlati szempontból egyaránt fontos kérdés elintézve, vajjon képesek vagyunk-e az izzasztás útján a szervezetben rekedt *oldott* vizeletalkatrészek, különösen a tulajdonképeni bomlástermékek kitakarításához hozzájárulni, akár úgy, hogy maguk a verejétkmirigyek választják ki azokat, akár úgy, hogy az izzasztási procedura a vesét indítja fokozottabb működésre, t. i. az izzadás folyamán töményebbé vált vér feles bomlástermékeinek kiválasztására. Ha a bomlástermékek fokozott kiáramlása egyik úton sem indul meg, úgy jogos és helyes *Leube* álláspontja, a ki erőlyesebb izzasztástól egyáltalán tartózkodik. Erős izzadásnál, — mondja *Leube* — sok víz és aránytalanul kevés nitrogen távozik a szervezetből. S miután így a vér concentratioja mindenek szerint emelkedik, s ezen emelkedés néhány óra mulva újból kiegyenlítődik, számbaveendő az a lehetőség, hogy az utóbbi mozzanattal nitrogendús folyadék áramlik vissza a szövetekből a vérbe, a mi hiányos N-kiválasztás esetén a szervezetre vészthozó lehet,¹ a mihez hozzáfűzi *Leube*, hogy úgy ő maga, mint mások tapasztalták, hogy egy-egy erősebb izzasztó procedurához közvetlenül uraemiás roham csatlakozott. Egészen más *Rosenstein* véleménye. Az izzasztás szerinte acut nephritisnél legésszerűbben felel meg az adott indicatióknak, s a vizenyő leküzdésére s a diuresis megindítására még akkor is igénybe vehető s igénybe veendő („und welche man auch dann anwenden kann und muss“), ha uraemiás tünetek fenyegetnek, sőt már kitörésre is jutottak.² *Rosenstein* ugyanis gyakran látta, hogy az izzasztás a diuresist nem csökkenti, de fokozza. Hasonlóan nyilatkozik *Fürbringer*, a ki hangsúlyozza, hogy a bővebben elválasztott vizelet egyszersmind húgyanyagban dúsabb: „Die Bäder sind somit in gewissem Grade auch antiurämisch prophylaktisch zu wirken geeignet“.³

Két homlokegyenest ellenkező felfogás áll tehát az izzasztás gyógyító jelentősége kérdésében egymással szemben. Az egyik szerint az izzasztás a vizenyő ellen is, a melynek traditionalis ellenszere, csak mérsékelten s óvatosan vehető igénybe, mert a vér besűrítése útján uraemiát válthat ki; a másik szerint nemcsak a vizenyő ellen küzdünk vele hathatósan, de az uraemiának is elejébe vágnak alkalmazásával. Az első felfogás szerint az uraemia contraindicálja, az utóbbi szerint indikálja az izzasztást. Az első álláspont védői arra támaszkodnak, hogy az izzasztás csak a feles vizet távolítja el a szervezetből, az utóbbi hirdetői szerint az izzasztási eljárás — diuresisindítás közvetítésével — a bomlástermékek kiválasztását is elősegíti.

Hogy melyik álláspont a helyes, azt attól kell függővé tennünk, hogy milyen a vesebajosok a gyógyító eljárás segélyével megindított verejétkének összetétele, nevezetesen, mennyiben tartalmaz az bomlásterméket? Milyen az izzasztás befolyása a vizelet-elválasztásra? Általában vajjon a bomlástermékeknek az izzasztás folyamán való *összes kiválasztása* — verejétkben s vizeletben együttvéve — arányban van-e a vízkidás fokozódásával? Ezen kérdésekre saját vizsgálatok alapján kellett felvilágosítást szereznünk, a mennyiben az irodalom idevonatkozó gyér adatai biztos tájékoztatást nem nyújtanak.

Az izzasztást vizsgálatunkban az anyagserevizsgálat egy 3—4 napos periodusaként iktattuk be, mikor is délelőttönként $\frac{1}{2}$ —1 óra hosszat izzasztottuk betegeinket a *Quincke-Dubois* készü-lék segélyével. A verejétket a szappannal s aetherrel legszorgosab-

¹ *Pentzold-Stinzing*: Hb. der Therapie VII. S. 240.

² *Rosenstein*: Nierenkrankheiten II. Aufl. S. 199.

³ *Fürbringer*: Krankh. v. Harn- u. Geschlechtsorgane.

ban megmosott felső végtagról egy teljesen záró kaucsuk tömlőben gyűjtöttük, a mely módon a N, Na Cl s fagyáspontmeghatározásra mindig elegendő mennyiséghez t. i. 15—20 cm³-hez jutottunk. Hogy mennyi az izzasztási procedura folyamán termelt verejték abszolút mennyisége, arról az ezen idő alatt minden alkalommal szenvedett súlyvesztés nyújtott tájékoztatást. Tekintve, hogy ezen súlyvesztésben az insensibilis perspirationnak is része van, a súlyvesztés alapján kiszámított értékek nem tartanak teljes pontosságra igényt.

A verejtékben oldott szilárd alkatrészek összességét a fagyáspont meghatározása adja. A vesebajosok verejtéke nagyobb részt közel olyan fagypontra mutat, mint a vér (0.40—0.60°), de volt olyan eset is, a hol azt koncentrációjában lényegesen túlhaladta (—1°), különösen az utóbbi megfigyelés határozottan ráutal arra, hogy a verejtékmirigyek adott körülmények közt képesek a vértől jóval töményebb, oldott részekben dús oldat elválasztására, tehát olyan elválasztó működés kifejtésére, a minő a vese tevékenysége, hogy tehát az izzasztás bizonyos esetekben ezen szempontból a hiányos veseműködésnek valódi compensatioja.

A vesebajosok verejtéke.

	Az izzadás alatt távozó víz	Összes oldott rész	Konyhasó	Nitrogen
Concentratio	—	$\Delta = 0.21-1.04$	0.09—0.56‰	0.1—0.38‰
Abszolút mennyiség	150—950 gm.	1.1—9.3 gm. ¹	0.33—2.86	0.3—2.08
A vizeletre vonatkozó % mennyiség	12—110‰	6—51‰	5—48‰	3—33‰

¹ Konyhasóegyenértékben Δ alapján számítva.

Ezen felfogást különösen erősíti annak megállapítása, hogy a verejték oldott részei között jelentős mennyiségben szerepelnek a nitrogén bomlástermékek. Eseteinkben ugyanis a verejték nitrogéntartalma 0.10—0.38‰, az utóbbi értékkel elérve a megfelelő vizelet elbontott nitrogéntartalmának fele értékét. Tekintve azt, hogy a verejtékben fehéjét kimutatni nem tudtunk, a nitrogéntartalom teljesen a bomlástermékek rovására megy. A konyhasó-tartalom 0.09—0.56‰ volt, tehát szintén számbajövő mennyiség.

Az egyes izzasztás folyamán elért súlyvesztés az egyes esetek (3—4-szeri izzasztás) átlagjait véve 365—617 gm. között ingadozott, a miből a fenti koncentrációk segítségével kiszámítható, hogy a verejtékkel távozott oldott részek mennyisége nagyon számbajövő értékeket képvisel. Így eseteinkben egy-egy izzasztás verejtékével átlag 1—2 gm. nitrogen és körülbelül ugyanannyi Na Cl távozott. Az összes oldott részek konyhasóegyenértéke átlagban 2.7—4.5 gm.-ot tett ki. Ezen értékek a vizelettel elválasztott analog szilárd részeknek átlag 10—20 %-át teszik ki, de volt olyan izzasztási nap is, a hol a verejtékkel távozó oldott részek a vizelet oldott részeinek felét tették ki.

A verejték analysise tehát azon álláspontot erősíti, hogy a bő izzasztás a hiányos veseműködésnek valódi vicariálása, a mely nemcsak a víz, de egyszersmind az oldott részek s a valódi bomlástermékek retentioja ellen is igénybe vehető.

Az izzasztás gyógyító jelentőségébe egyébként alaposabb betekintést nyerünk, ha nemcsak a verejték összetételét, hanem az összes bevételeket és kiadásokat vesszük számba, más szóval az izzasztás jelentőségét a rendszeres anyagcserevizsgálat mértéke alá vetjük. Eleve bizonyos, hogy a szóban forgó, a szervezet vérforgalmába mélyen belevágó beavatkozás más vízretentio nélküli s más vízretentioos vizenyős esetekben.

Az előbbi egyszerű eshetőséget demonstrálja a következő teljesen compensált interstitialis nephritis-eset, a mely csekély szívhypertrophián, mérsékelt albuminurián és retinitisből eredő látási zavarokon kívül egyéb tüneteket nem okozott. Az izzasztási periodust az elő- s utóperiodussal összevetve kitűnik, hogy az izzadás az egyébként fennálló nitrogenretentiót a verejték nitrogéntartalma arányában csökkenti. A konyhasóegyenlegre kivethető befolyást nem gyakorol.

	Napi átlagos N-egyenleg	Napi Na Cl kiadás	Napi víz kiadás	Molekula diuresis	Átlagos Δ	Vér δ a periódus végén	Testsúly közel állandó
I.	+1.08	9.32	1434	26.05	1.08	0.60	
II. izzadás (vizelet)	+1.31	8.26	977	25.95	1.64	—	
II. izzadás (vizelet + verejték)	+1.36	9.34	1594	28.66	—	0.59	
III.	+0.36	9.54	1680	26.3	0.96	—	

A vizeletben és verejtékben kiválasztott molekulák összessége nagyobb, mint a molekuladiuresis az egyéb szakaszok alatt. Az izzasztás tehát a molekularetentio ellen működött, a mi kifejezésre jut abban is, hogy a vér fagyáspontsüllyedése ezen szakasz folyamán normális értékéhez közeledett. A vizelet napi mennyisége az izzasztás folyamán eszikken, de teljes értékre egészíti ki a verejtékkel távozó vízmennyiség. Klinikai szempontból valamelyes kedvezőtlen befolyást megállapítani nem tudtunk és az anyagcserevizsgálatban megnyilatkozó befolyás is olyan csekély, hogy annak különösebb jelentőséget nem tulajdoníthatunk s ezen eset s hasonló megfigyelések alapján azt a következtetést vonjuk, hogy compensált vizenyő nélküli nephritis esetekben az izzasztás nem káros ugyan, viszont nem is tarthat igényt gyógyító jelentőségre. Az utóbbi állítás az esetben szorulna correctiora, ha újabb tapasztalatok megerősítenék Fürbringer azon felvételét, hogy az izzasztással elejébe vághatunk az uraemiának.

Határozottan üdvös befolyást láttunk, úgy a klinikai tünetek, mint a retentio csökkentése tekintetében az izzasztó kúrától vizenyős esetekben.

Periodus	Napi átlagos N-egyenleg	Napi átlagos Na Cl kiválasztás	Napi átlagos vizelet-vizelet-mennyiség	Molekula diuresis	Vizelet Δ	Vér δ	Testsúly-változás a periódus folyamán
I.	+0.10	7.03	1140	18.05	0.98	0.64	+900
II. izzasztás (vizelet)	—0.08	6.35	1042	18.3	1.07	—	—
II. izzasztás (vizelet + verejték)	—1.22	7.7	1407	22.57	—	0.62	—350
III.	—0.31	7.97	1105	19.75	1.09	—	+800

Egy ismeretlen eredetű, nagy albuminuriával s csekély uraemiás tünetekkel járó nephritis acuta esetben 4 napos izzasztási periodust iktattunk az anyagcserevizsgálat folyamába. A Quincke-Dubois készülék segítségével épen ez esetben értünk el jelentős izzadási súlyvesztéseket, s a verejték jelentékeny koncentrációja arról tanúskodott, hogy az oldott részek kiválasztása is számbajövő fokban történik a verejték útján.

A retentio egyes nemeire való befolyás a következő:

A vizelettel való *nitrogenkiválasztás* a 3 periodusban csaknem azonos értékű, t. i. csaknem egyensúlyos. A középső periodusban azonban a vizelet nitrogenkiválasztásához a verejték járul, a mely naponta több mint 1 gm. fölös nitrogén takarít ki a szervezetből, ilyen módon a régebben felhalmozott bomlástermékek utólagos kitakarításának feladatát teljesítve.

A Na Cl-egyenlegre csak csekély befolyása van az izzasztásnak. A vizelettel kiváló Na Cl mennyiségét csökkenti az izzasztás, de a verejték Na Cl-tartalma kipótolja ezt a megfogyást, úgy hogy ezen szakaszban a Na Cl-retentio is kisebb, mint az előzőben.

A molekuláris diuresis az előperiodushoz képest alig változott (18.05—18.3), azaz a vizeletben kiürülő szilárd molekulák száma, dacára annak, hogy mostan a verejtékkel is bőven távoznak oldott részek, ugyanaz marad. Ennek megfelelőleg az összes molekulakiválasztás az izzasztás szakaszában jóval kedvezőbb alakul, mint a többi szakaszban.

A mi végre a vízkiválasztást illeti, úgy igen feltűnő, hogy vizenyős vesebajosunknál az izzasztás — az egészséges emberrel s a compensált vízegyensúlyos vesebajossal ellentétben — nem csökkenti (vagy alig csökkenti) a vizelet napi mennyiségét. A verejték útján elért vízkiválasztás tehát tiszta nyereség, a vízretentio csökkentésének közvetlen eszköze. Ennek megfelelőleg a testsúly, a mely az elő- s utószakaszban a vizenyő terjedéséhez képest gyarapszik, ezen szakaszban fogy s a vizenyő továbbterjedése — a melyet különben az egész idő folyamán észlelhettünk — szünetel.

Az izzasztás által tehát sikerült úgy a víz, mint az oldott részek retentióját csökkenteni, s hogy az *utóbbiak* fölös kiválasztása folyt intenzívebben, azt tanúsítja, hogy a vér concentratioja az izzasztás folyamán csökkent (0.64⁰-ról 0.62⁰-ra szállt).

A bevételek s kiadások egyenlegén s a vér vizsgálatán kívül a beteg subjectiv s objectiv állapota is tolmácsolta az izzasztás kedvező befolyását. A vizenyő tovaterjedésének szünetelése mellett a beteg subjective is könnyebbült s a csekély uraemiás jelenségek legalább is nem gyarapodtak.

Hogy a vizenyős betegnél az izzasztás jótékony befolyása ennyivel határozottabban jut kifejezésre, mint vizenyő nélküli betegen, annak okát a beavatkozásra való különböző reakción látjuk. A vizenyő nélküli betegnél — csak úgy mint az egészséges egyénnél — a bő verejtékelválasztás arányában csökken a vizelet vízének s oldott részeinek — kitakarítása, úgy hogy a verejtékkel távozó mennyiség nem fokozza, csak rendes mennyiségűre vagy annál csak jelentéktelenül nagyobbra egészíti ki a kiválasztott anyagokat. Nem így a vizenyős vesebajosnál. Itt a vizelet mennyisége s összetétele az izzadási periódusban alig változik s a *mi a vizeleten kívül a verejték útján távozik, az a gyógyhatás útján kiváltott fölös kitakarítás*. S miután, a mint kifejtettük, a verejték útján nemcsak víz, de oldott részek s nitrogenes bomlástermékek is bőven távoznak: az izzasztással sikeresen járultunk a retentio mindkét nemének, a víz s oldott részek retentiójának leküzdéséhez, a mi mellett úgy a számítás mint a vér fagyáspontsúlycsökkenésének számbavétele azt mutatja, hogy a vér oldott részében nem bővül, nem koncentrálódik.

Vajjon ennek alapján jogunk van-e teljesen elejteni azt a *Leube* s mások hangoztatta aggodást, hogy az izzasztás folyamán létrejövő vérbesűrűdés az uraemia kitörését elősegítheti; úgy hiszszük, hogy ezen lehetőség elől teljesen szemet hunynunk nem szabad. Erre csak az jogosítna, ha bebizonyíthatnók, hogy a verejtékkel nemcsak egyáltalán bomlástermékek, de az uraemia előidézéséért felelős mérgező bomlástermékek távoznak. Miután pedig az uraemiás mérgeket nem ismerjük, ezen követelés manapság teljesíthetetlen. Ha tehát vizsgálataink támogatásul is szolgálnak *Rosenstein* s *Fürbringer* fentebb idézett álláspontjának, a mely szerint az uraemiától való félelem kezünket meg ne kösse, sőt előtérbe helyezi azt a lehetőséget is, hogy a mesterséges izzasztásra talán az uraemia megelőzésében és leküzdésében is jogos szerep hárul, mégis mindaddig, a míg nem sikerül az izzasztást közvetlenül követő uraemiás roham kétségtelenül előforduló eseteiben a post hoc megengedésével a propter hoc lehetőségét kizárni, mindaddig méltányolnunk kell *Leube* tartozkodó álláspontját s követnünk is bizonyos határig. Nevezetesen addig, hogy az izzasztás alkalmazásában vízretentió, vizenyős esetekre szorítkozunk. A vizenyőnek s vízretentiónak az izzasztás souverain ellenszere, s ha ezek képezik a kórkép legkidomborodóbb részét, úgy igénybe vételét különösebb cautelák, így a *Leube* ajánlotta s a hatás egy részét lerontó folyadékívás nélkül is könnyebb uraemiás tünetek jelenléte mellett is jogosnak, sőt szükségesnek tartjuk. Elméletileg ezen álláspontunkat már az eddigiekben indokoltuk s hozzátelhetjük, hogy a gyakorlatban az izzasztásnak ilyen esetekben való alkalmazásától legnagyobb részt a beteg subjectiv s objectiv statusának kedvező befolyásolását láttuk.

A vicariáló kiválasztás másik módjának, a *catharsis*-nak a mult század első felében még lényeges szerep jutott, míg manapság mind szűkebbre szorul. *Bright* bőven alkalmazta az enyhébb hashajtókat s határozottan hangsúlyozza, hogy sok jó eredményt látott tőlük s *Johnson* szerint a hashajtók adagolása talán leg hatásosabb eszköze a vizenyő eltávolításának, mely azonfelül kevesebb veszéllyel és hátránnyal jár, mint annak egyéb módja. *Johnson* a hashajtók, különösen az *elaterium* kedvező hatását annak hajlandó betudni, hogy a bőséges székürüléssel sok húgyanyag is távozik a szervezetből.

Tényleg ez a *catharsis* indicatioja kérdésének döntő mozzanata. Ha nemcsak víz, de bomlástermékek is bőven ürülnek ki ezen úton a szervezetből: úgy a retentio leküzdésének ezen kínáló módjáról nem fogunk lemondani s kiméletes s alkalmas esetekre szorítkozó igénybe vételétől hasznót várhatunk. Drastikumoktól, a melyek a különben is anaemiás beteg táplálkozási állapotát devalválják, persze eleve tartózkodunk. Hogy képes-e

a *catharsis* a bomlástermékek retentióját csökkenteni, az iránt eddigi vizsgálatokból nem meríthetünk felvilágosítást.

Magunknak egy erősen oedemás nephrit. chron. parench. eseten megejtett kísérletünkben mérsékelt *catharsis* által sikerült a vízretentiót s vizenyő gyarapodását csökkenteni, a mi mellett a bevételek s kiadások egyenlegének tanúsága szerint a nitrogen, phosphorsav s konyhasó kitakarítása is kedvezőbben alakult. Legfeltűnőbb volt ez a phosphorsavra nézve, a melynek az előző szakaszokban észlelhető retentioja ezen szakaszban a nagyobb bélsárbeli kiválasztás által fölös kiadásba csapott át. A N-re nézve persze felmerül az a kérdés, vajjon a bélsár nagyobb N-tartalma vicariálóló kiválasztott bomlástermékeknek avagy fel nem szívott fehérjének tulajdonítandó-e? Miután ez irányban beható vizsgálatot nem végezhetünk s a húgyany *qualitativ* kimutatására kellett szorítkoznunk (a kérdés eldöntésének különben is akadályát képezi a húgyany ammoniakos erjedése a bélesatornán belül), a kérdésre kielégítő feleletet nem adhatunk. S ezzel a *catharsis* vicariáló jelentőségének problémája is eldöntetlen marad. Annyit azonban tapasztalatainkból következtethetünk, hogy a *catharsis*, ha nem is helyezhető egy rangba a pótló kiválasztás másik módjával, az izzasztással, több figyelmet érdemel, mint a melyben manapság részesül, s hogy kielégítő erőbeli állapotú vizenyős betegen alkalmazása esetenként kedvező eredménnyel járhat.

(Folytatása következik.)

Törvényszéki orvostan.

Törvényszéki orvosi esetek.

Közli: *Fialowski Béla* dr., kir. törvényszéki orvos, vármegyei tb. főorvos Nagybecskerekben.

(Folytatás.)

Kórisme.

A hüvelyboltozat hátsó felső részének a hasürbe hatoló szakadása, következményi eves genyes hashártyalobbal, a hasúri szervek összetapasztottságával. A méhnek szülés utáni állapota. Mindkét tüdő előrehaladott gümőkórja. Előrehaladott rothadás.

A boncvizsgálat befejezése után s az a szerint talált lelet alapján orvosszakértők felhívtak, hogy adandó véleményökben nyilatkozzanak még következőkről is:

1. A boncvizsgálat során észlelt tuberculosis minő fokú s különösen olyan fokú volt-e az, hogy ez a halál okául tekinthető volt?
2. A boncvizsgálat során észlelt rupturát mi idézhette elő? előállhatott-e az a szülés közbeni erősebb köhögés folytán avagy tekintettel a boncvizsgálatban leírt szervek erősségére, ezt külbehatási cselekménynek kellett-e előidézni? avagy a szülést megelőző testi bántalmazásból származhatott-e?
3. A ruptura keletkezése feltűnő érzékenységgel, nagy fájdalommal hat-e az azt elszenvőre? s e fájdalom mennyiben haladhatja meg a szüléssel s különösen a jelen esetben adott szüléssel járó fájdalmakat?

Orvosszakértők az összes iratokba való betekintés után véleményüket a következőkben nyilvánították.

Vélemény:

A megvizsgált egyén halála a boncvizsgálókönyv 14. s 21. p. a. leírt elváltozások szerint eves-genyes hashártyalob folytán állott be. Ezen eves-genyes hashártyalob az által jött létre, hogy a megvizsgált nő hüvelye a boncvizsgálókönyv 21. pontja alatt leírt helyen — a hátsó hüvelyboltozat tetején — 8 cm. hosszban, harántirányban a hasürbe hatolóan egész vastagságában át volt szakítva. A hasürnek ezen a hüvelyboltozaton át való megnyitása következtében támadt fertőzés útján a halálhoz vezető eves-genyes hashártyalob.

A méh megnagyobbodottsága, falainak megvastagodottsága, a méhlepénynek tapadási helye, a méh ürének tágultsága, a méhszájnak nyitott volta s az emlők tejtartalma szerint a megvizsgált nő előbbre haladottan terhes volt, sőt szült is. A méh megnagyobbodás és falai megvastagodásának foka szerint, főleg, hogy a méhszájon csakis régi behegedt berepedések voltak, melyek már előző, régebbi szülések alkalmával jöttek létre, míg a jelen szülés méhszáji berepedéseket nem idézett elő, úgy a szülés, bár a terhesség előbbre haladott fokában állott be, de mégsem a terhesség rendes befejezése után, mindezek szerint a jelen szülés koraszülés volt.

Ezen koraszülés a tüdőgümőkór folyamánként állhatott be. Teljesen kizárható azonban az, hogy a tüdővész a megvizsgált egyén halálát okozta volna, mert bár a megvizsgált egyén a boncvizsgálókönyv 11. és 13. pontja alatt leírt elváltozások szerint meglehetősen előrehaladottan tüdővész volt, a tüdők azonban még üregek nem voltak s így a tüdővész még nem volt oly fokú, hogy magában véve a megvizsgált egyén halálát már mostan okozhatta, legfeljebb a szervezet elgyengítése révén a hashártyalob lefolyását siettetette.

A szokatlan helyen levő és a szokatlan irányú hüvelyátszakadás keletkezésére vonatkozólag sem a boncsolás, sem a szülés lefolyása körülményeinek áttanulmányozása biztos támpontot nem nyújtott, mert a hüvelyszakadás természetes úton való keletkezése sincs teljesen kizárva az által, hogy a magzatvíznek a jelen koraszülést jóval (2–3 nappal) megelőzőleg való elfolyása következtében a szülőutak tágítását a magzatvízzel telt magzataburoknak elődomborodó hólyagja helyett maga a magzat feje végezte s így ezen tágítás ennélfogva hiányosabb is lehetett, mint a minőt egy 8 hónapos méhmagzat átvonulása igényel. A szülőutak tágítása alkalmával a koponya csontjainak nyomása következtében — a végbélhüvelysipoly képződésével analog — a hüvely falzata nekrotizálódhatott (részlegesen elüszkösödött) s nagyobb köhögési roham alkalmával át is szakadhatott.

Ezen feltevést a szülés utolsó szaka beigazolni is látszik, miután a mintegy megakadt magzatfej köhögéssel járó erős méhösszehúzódnak alkalmával hirtelen született meg.

A hüvelyszakadás fentvázolt létrejövése esetén a fájdalom nem volt valami feltűnő a szakadás beálltakor.

A hüvelyszakadás ily úton való létrejövétele érthetővé teszi azt is, hogy a szakadás a hüvely szövetének ép volta mellett is beállhatott.

Hogy a már képződött hüvelyszakadást a hasprés működése folytán a hasúri szervek (beleik, cseplesz) is kitódulhattak, az természetes s ennek megfelelőleg találtatott a cseplesz egy részlete is elszínesedve. (Bonczjegyzőkönyv 22. p.)

Ily hüvelyszakadás nem feltétlenül és nem minden körülmény közt halálos, sőt ellenkezőleg kellő segédlet mellett végzett műtét az életet rendszerint megmenti.

Teljesen kizárható az, hogy a hüvelyszakadás testi külső bántalmazás — a szülést megelőző bántalmazás — eredménye. Az esetleges testi bántalmazás legfeljebb a nagyfokú köhögéssel kívül a koraszülés megindulását okozhatta.

A boncsolat után ki lett hallgatva első sorban a gondatlanságból okozott emberölés vétségére gyanúsított M. dr., ki előadta, hogy azon üzenettel lett a szülőnőhöz hiva, hogy a méhlepény nem bír eltávolodni s ekkor eszközök nélkül a hívásra azonnal elment a szülőnőhöz s a szülőnőt rendkívül elgyengültnek, vérszegénynek találta s ott megtudta, hogy a szokottnál több vért nem vesztett. Kézének kellő desinfiálása és a szülőnő célszerű elhelyezése után a szülőnőt megvizsgálta s ekkor mindjárt egy a hüvelyben fekvő bélkaes került a kezei közé, a melyen végig tapogatva a méh mögötti üregbe jutott.

Ekkor szerb nyelven kérdőre vonta a szülésznőt, hogy nem csinált-e valamit a szülőnővel, leletét egyúttal a szülőnő hozzátartozóival is közölte. Ezek után kezét újból desinfiálta, újból benyúlt s a méhlepényt eltávolította, mire a cseplesz egy darabja kitódult, melyet visszahelyezett. Erre a szokásos hüvelyöblítéseket rendelte el s miután nagyobb fokú vérzés nem volt, eltávozott azzal, hogy vérzés esetén tamponáljon a szülésznő s hívja őt. Másnap megvizsgálta a nőt s öt nagy fokban tüdővésznek találta s a beállott repedést úgy magyarázta meg magának, hogy „a repedés a szülési erőlködések alatt egy ilyen köhögési roham folytán beállott erősebb s hirtelen kitódulás következménye”. A továbbiakban a repedést összetapadtak találta s így a nőt tüdővész ellen kezelte s ezen diagnosztikájának megfelelően írta fel a gyógyszereket, a miről a vénék tanúskodtak s így ennek alapján a 14 nap múlva beállott elhalálozáskor a tüdővést írta be halálukul.

B. E. szülésznő kijelentette, hogy a szülést megelőzőleg már napok óta folyt a magzatvíz, a szülés maga annyiban folyt le rendelenesen, hogy a kitolulási szak legvégén a fej elég hirtelen egy méhösszehúzódnakra úgyszólván kilöketett a méhből, miközben a gátat erősen kellett védeni. A magzat feje 33 cm. volt. A méhlepény külső dörzsölgetésre nem távolodott el, dacára annak, hogy kis alma nagyságban a szeméremrésből kitódult. Miért is orvost hivatott. Az orvos kezeit megmosta, a nőt harántul fektette, belenyúlt a nőbe, ott egy ideig kotorászott, miközben a nő Feuer Feuer-t kiabált, mire M. dr. kezét a hüvelyből ki nem véve, megtudakolta először, hogy tudok-e szerbül s akkor szerb nyelven közölte velem, hogy ruptura van itt, sőt a szülésznővel is megnézte, de ez a méhben kereste a rupturát, a minthogy azt, mint előadta, úgy tanulta, hogy a rupturák a méhben vannak, de miután azt ott nem találta, az orvos utasítása dacára a méh mögé kezével menni a ruptura keresése végett nem akart, mert mint mondotta, mint szülésznő odahatolni nem jogosított.

Erre az orvos leletét a szülőnő hozzátartozóival közölte s kezét újból megmosva, a méhlepényt elvette s utána még kihúzott valamit, a miről egy darabkát lecsipett és megvizsgálta, kijelentette, hogy ez „Netz” és visszatolta.

M. dr. a szükségeseket elrendelve eltávozott s miután pár nap múlva az orvos a rupturát gyógyultnak jelezte, a szülésznő sem látogatta többé a szülőnőt. M. dr. nem eszközökkel nyúlt be a szülőnőbe.

Özv. F. M.-né, a szülőnő anyósa a szülésnél jelen volt ugyan, de a folyton ájuldozó és jajgató menyével annyira el volt foglalva, hogy csak annyiról tud, hogy midőn az orvos benyúlt menyé hüvelyébe, ez „Feuer”-t kiabált s ekkor szerb nyelven beszélt a szülőnővel s az orvos folyton valamit vissza dugdosott a hüvelybe.

A továbbiakban a királyi ügyész indítványára a n. b.-i törvényszék vádtanácsa, miután az orvosszakértők véleménye nem állapította meg, hogy „a szokatlan helyen levő és szokatlan irányú hüvelyszakadás” miből keletkezett, az összes iratokat az alábbi kérdések kapcsán felküldte az igazságügyi orvosi tanácshoz.

Kérdések.

1. Mi idézte elő a bonczjegyzőkönyv 21. pontjában leírt hüvelyszakadást?

2. Minthogy özv. B. J.-né szül. F. É. s F. J.-né szül. M. M. tanuk vallomása szerint a szülőnő akkor kiabált legfeltűnőbben (tüzet), mialatt M. dr. a nemző részében vizsgált s minthogy a boncsoló orvosok véleménye szerint a kérdéses hüvelyszakadás annak szöveti ép volta mellett szokatlan helyen s szokatlan irányú: nem az orvos okozta-e azt akkor, a mikor a méhlepény eltávolításán fáradozott, holott a méhlepény már a hüvelyben volt, sőt a nemi szervekből ki is nyomult?

3. Az eddigi adatok szerint nem terheli-e M. dr.-t műhiba?

4. S minthogy a boncsolás kiderítette adatok szerint a halál oka nem az volt, a mit a kezelő orvos mint halottkém bejelentett, olyanok voltak-e a tuberculosis tünetei, hogy kellő gondosság mellett a tüdővést kellett halálukként feltüntetni.

Az igazságügyi orvosi tanács s feltett kérdésekre a következő véleményt adta.

Vélemény.

A bonczjegyzőkönyv 21. pontjában leírt hüvelyrepedés minden valószínűség szerint egy, a szülés alatt önként keletkezett repedés volt.

Az elhalt egyén ez alkalommal ötödik szülte; az előző szülések és gyermekágyak lefolyásáról szakértői feljegyzések hiányoznak; a bonczjegyzőkönyv nem ad felvilágosítást, vajjon az elhalt egyénnek nem volt-e szűk medencéje. Eltekintve ezen hiányzó és az eset megítélésénél esetleg igen fontos adatoktól, még abban az esetben is, hogy az elhaltnak egészen rendes medencéje volt, lehetséges, hogy az egyik előző szülés alkalmával már hüvelyboltozati repedést szenvedett, a nélkül, hogy az lényeges tüneteket hozott volna létre; az ilyen esetleg célszerűtlen módon gyógyult heg, egy reá következő esetleg könnyű szülés alkalmával is végzetessé válhatik, a mikor a heg sokszor feltűnő könnyen, minden külső jel nélkül újra felnyílhat, újra felrepedhet.

Az ép hüvelyboltozatnak sérülés útján való erőszakos és teljes átfúrása pusztá kézzel, műszerek nélkül csak oly brutális, hosszasan tartó erőszak útján volna lehetséges, hogy a józan észszel dolgozó orvostól nem egykönnyen feltételezhető. Az erőszakos átrepesztésnek különben ellene vall az is, hogy az ilyen durva erőszakról a tanúvallomások egyáltalán nem tesznek említést, továbbá az is, hogy az orvos egész eljárásában nem nyilvánult vétkes könnyelműség: a meghívás után azonnal a beteghez ment, vizsgálat előtt kezeit desinfiálta, a beteget célszerű módon haránt ágyra fektette, a repedést az első vizsgálat alkalmával felismerte, a környezetet a veszélyre figyelmeztette és az utókezelés iránt intézkedett.

A repedés mindezek szerint a magzat születése alatt történt, létrejövételére nagy befolyással lehetett az a körülmény, hogy a magzatvíz már november 5-dikén elfolyt, a magzat megszületése pedig csak november 8-dikán ment végbe; valószínű, hogy a repedés abban az időben történt, a mikor a magzat feje, a méhnek rendkívül erős összehúzódnak folytán, a szeméremrésen át jóformán kilöketett.

Ad 3. M. dr.-t eljárásában műhiba nem terheli.

Ad 4. A tuberculosis tünetei olyanok voltak, hogy M. dr. jogosan tarthatta esetleg azt a halál legközelebbi okának.

B. E. bába vallomásában azt adja elő, hogy a gyermekágy 12-dik napján az orvos a ruptura meglehetősen gyógyulását jelezvén, a hüvelyi kezelést, az öblítéseket feleslegeseknek tartotta; ezzel nem áll ellentétben az a körülmény, hogy a boncsolásnál a hüvelyboltozat úgy volt összetapadva, hogy a sérülés jelenléte a hasúr felől nem is volt látható, és hogy azt a boncsoló orvosok csak később, t. i. a nemi szervek szabályos kivétele és künn történt pontos megvizsgálása alkalmával ismerték fel. Maga M. dr. pedig vallomása szerint úgy ítélte meg a helyzetet, hogy a súlyosabb, a lényegesebb, az életet fenyegető baj: a tüdőgümösödésében, a tuberculosisban rejlik. A gyógykezelő orvos tudományos meggyőződésében korlátozható nem lévén, a halál legközelebbi okául jogosan és jóhiszeműleg mondhatta azt, a mit bejelentett, t. i. a tüdőtuberculosis.

Ezek utána kir. ügyész „minthogy az igazságügyi orvosi tanács véleménye szerint a boncsolás során megállapított repedés minden valószínűség szerint önként keletkezett s minthogy a fenti vélemény szerint M. dr. eljárásában műhiba nem terheli, s minthogy jöllehet a boncsolás azt derítette ki, hogy az elhalt nő a hüvelyrepedés okozta genyes hasártyalobban halt el s nem tüdővészen, de az igazságügyi orvosi tanács véleménye szerint a boncsolásnál elhaltnál constatalt tünetek olyanok voltak, hogy M. dr. jogosan tarthatta azt a halál legközelebbi okának s M. dr. részéről a büntetendő gondatlan eljárás teljesen ki lévén zárva: a M. O. dr. körorvos ellen a Btk. 290. §-ba¹ ütköző vétség miatt indított nyomozatot a B. P. 101. §. 1. p.² értelmében megszüntette.

Tárca.

Orvosok és orvosi tudomány az ókorban.

(Folytatás.)

II. A semita népeknél.

A semita népek körében is már az őskorban virágzott az orvoslás theurgikus-mystikus alakja. A rendszeres ásatások alkalmával újab-

¹ Btkv. 290. §-a: A ki gondatlansága által embernek halálát okozta: az emberölés vétségét követi el és három évig terjedhető fogházzal büntetendő.

² 101. §. 1. pontja: A nyomozás megszüntetendő, ha bűncselekmény nem forog fenn.

ban (az 1842. év óta) nagy számban napfényre került ékiratoknak tanulmányozásából kitűnt, hogy a sémi eredetű assyriaik és testvéreik a babyloniaiak, sőt még előbb Chaldea őslakói, a turáni népesaládkhoz tartozó *szumériaik* és *akkádok* is, a kik már négy-öt évezreddel Kr. előtt a művelődésnek meglehetősen magas fokán állottak, számos tapasztalati úton szerzett orvosi ismerettel és a betegek gyógyítását űző papi osztálylyal rendelkeztek.

Az ókori zsidó irodalomból egyetlenegy orvosi vagy természet-tudományi művet sem ismerünk, de a biblia és az ennek értelmezésére vonatkozó tudományos eszmecsereket magába foglaló *talmud*, a melynek szerkesztése a Kr. utáni II–VI. században történt, kétségtelenül teszik, hogy a zsidó papi osztály, a melynek hivatásához tartozott a zsidóság szétszórásáig az orvoslás is, már másfél évezreddel Kr. e. igen sok helyes orvosi ismerettel bírt.

Különösen kiemelendők a *Mózes* törvénykönyveiben foglalt nagyon ügyös közegészségi intézkedések, a melyek a köztisztaságra, az ételek czélszerű megválasztására, a kötelező hús-szemlére, továbbá a ragályos betegek elkülönítésére, a körülméltetésre és a hetenként egy napi munkaszünetre vonatkoznak.

A tudományos orvostan és a szakirodalom terén a zsidók csak az önálló zsidó birodalom megszűnése után kezdtek szerepelni, miután a görög orvosi irodalommal megismerkedtek.

A *chaldaik* előszeretettel foglalkoztak az *astrologiá*-val és *magiá*-val, a zsidó vallásbölcséletnek egy kinövése pedig a *kabbala* volt; ezek a mystikus tanok, a melyek babonáknak és varázslatoknak tudományos sallanggal felelőztetett halmazai voltak, az új-platonismus feltűnésekor, a Kr. utáni III. századtól kezdve a görög orvosi irodalomba is behatoltak és évszázadok hosszú során át jelentékeny és nagyon káros hatást gyakoroltak az orvostudomány fejlődésére.

Irodalom: F. Oefele: Vorhippokratische Medicin Westasiens és J. Preuss: Medizin der Juden (mindkét monographia a Handb. d. Gesch. d. Med. I. kötetében, Jena, 1902.). — R. J. Wunderbar: Biblisch-talmudische Med. Riga, 1850–1860. — W. Ebstein: Die Med. im alten Testament. Stuttgart, 1901. — Wolzendorff: Gesundheitspflege und Med. der Bibel. Wiesbaden, 1903. — T. M. Rabinoviez: La médecine du thalmoud. Paris, 1880.

III. Egyptom.

Egyptomban, az ősrégi művelődés e hazájában, a papok már négy-öt évezreddel Kr. e. rendszeresen űzték az orvoslást. Már *Homer* Odysseiája (4, 229–233) magaslatja az egyptomiak hatásos gyógyszereit meg orvosi ismereteit és az ókorban számos külföldi tudós utazott ezeknek megismerése végett Egyptomba. Sok jeles görög is, így pl. *Thales*, *Pythagoras*, *Herodotos*, *Demokritos*, *Hippokrates* és *Platon*, hosszú időt töltöttek ott a titkos tudományok és ezeknek jelentékeny részét alkotó orvostan tanulmányozásával, a mely ily módon nagy hatást gyakorolt a semíták és görögök orvostanának fejlődésére is.

Az ókori görög és latin írók évszázadokon át sokszor dicsőítették az egyptomi orvosokat (Plinius: *Naturalis hist.* 2, 23, 26, 2, 29, 93. Aulus Gellius: *Noctes Atticae*, 10, 10.), de már *Galenos* balgaságnak bélyegezte tanait, mondván: *πᾶσαι λήγουσι εἰς τὴν* (de temper. ac facultatibus simplic. medicament. ed. Kühn 11, 789.).

Az ókori egyptomi orvostanra vonatkozó ismeretek főforrása a classikus görög és latin írók művein kívül *Prospero Alpini* kiváló olasz orvosnak (szül. 1533-ban), a ki három éven át mint Venezia követének orvosa időzött Egyptomban, 1591-ben „De medicina Aegyptiorum” czím alatt megjelent négykötetes munkája volt, míg a XIX. században felfedezett számos őskori papyrusnak, valamint a templomfalakon, obeliszekken és különböző emlékköveken megörökített feliratoknak kibetűzése újabb, meglepő és igen érdekes fényt vetett az ősrégi egyptomi orvoslásra. Az orvosi papyrusok közül legnevezetesebb az *Ebers-féle*, a melyet *Ebers György* 1872-ben Lukszorban szerzett meg, és a melyet 1875-ben adott ki teljes fordításával együtt két folió kötetben.

Ez a leipzig egyetemi könyvtárban őrzött papyrus, mely a legterjedelmesebb és legjobban conservált papyrusok egyike, húsz meter hosszú és száztiz, egyenként huszonkét soros hasábból álló tekercs, és „a gyógyszerek elkészítéséről szóló könyv minden testrész számára” czímű orvosi mű töredékeit tartalmazza. Ez a hieratikus írásban megírt papyrus körülbelül tizenhét évszázaddal Kr. előtt íratott, de még sokkal régebb munkáknak másolata, és egyes részei a Kr. előtti negyedik évezred közepéből erednek.

Igen becses egy Berlinben őrzött orvosi papyrus is, a melyet 1853-ban *Brugsch* ismertetett behatóan. Ez a tekercs, melyet a Szakkara melletti pyramisok közelében egy kőkorsóban, három meternyi mélységben elásva találtak, nem egészen öt meter hosszú, és mellső felületén huszonegy, hátsó felületén pedig három hasábot tartalmaz. A *Brugsch-féle* papyrus a Kr. előtti XIV. században másolatot egy sokkal régebb eredetű mű után és valószínűleg abból az orvosi könyvtárból maradt fenn, a mely Ptah istenség memphisi temploma mellett volt és a melyet *Galenos* is felemlített (De compositione medic. sec. genera 5, 2. ed. Kühn, 13, 778.).

Egyéb orvosi és állatgyógyászati tartalmú papyrusok a londoni, párisi, bécsi, leydeni és turini könyvtárak birtokában vannak. Különösen kiemelendő még az úgynevezett *Pryssé-féle* papyrus, a melyet 1847-ben Thebae körül találtak, és a melyet egyáltalában a legrégebb eredetű könyvnek tartanak, a mennyiben egy negyedfél évezreddel Kr. előtt készült műnek a másolata; szép erkölcsi elvek mellett helyes diaetetikai szabályokat tartalmaz.

Az egyptomi hitregék szerint az orvostan *Isis* istennőtől származik, a kinek fia *Horus* azt az ibisfejtű *Thot* istennel közölte. Az

orvosi művészet különleges istene szerintük *Imhotep*, *Ptah* nagy fia; ezt, mint számos bronz és agyagszobron látható, beretvált fejű, hosszú ruhás ifjú alakjában ábrázolták, a ki egy térdeire fektetett papyrust tanulmányoz. Egy másik orvosi istenségük volt *Chonsu*, kinek egy temploma ma is látható Karnakban.

Az orvoslást a papi kaszt egy osztálya gyakorolta, mely az orvosi ismereteket részint írott művekben, részint szóbeli hagyomány alakjában terjesztette nemzedékről nemzedékre. A Thot isten kinyilatkoztatásának tartott ősrégi és titkos szent művek negyvenkét könyve közül hat az orvosi tanokat foglalta magában (Clemens Alexandrinus, str. 6.). Az orvosok valamennyien papi collegiumoknak voltak tagjai, de családjaikkal külön laktak. A betegek orvosi segélyért ezekhez a papi testületekhez fordultak és ezeknek fizették az orvoslásért járó díjakat is, mire a betegek kezelésére egy-egy orvos rendeltetett ki, a ki a gyógykezelésben köteles volt szorosan a hagyományos tanokhoz ragaszkodni.

A szakorvosi rendszer annyira uralkodott, hogy minden egyes testrész betegségét más és más orvos gyógykezelte (Herodotos, 2, 84. Diodoros S. 1, 91.).

A hagyományokhoz való állhatatos ragaszkodás az egyptomi orvoslás további fejlődését szerfelett megnehezítette. Az egyptomi orvosoknak az emberi test szerkezetéről csak igen homályos és sokban téves nézeteik voltak, a mennyiben csupán a hulláknak bebalzsamozásakor, a melynek módját Herodotos (2, 86. 90.) és Diodoros S. (1, 91.) leírásából ismerjük, szerzett felületes megfigyeléseken alapultak.

A betegek gyógyítására az egyptomi orvosok mindenek előtt különféle vallásos szertartásokat és ezeknek suggestiv hatását alkalmazták (Strabon 17.), de e mellett empirikus úton szerzett ismereteik felhasználásával hatásos gyógy eljárásokhoz is fordultak. Igen nagy súlyt fektettek a mértékletességre meg a tisztaságra, és az egészség megőrzése czéljából gyakori fürdözést és testgyakorlatot rendeltek (Herodotos, 2, 37. 77. és Diodoros S. 1, 82.). Betegség eseteiben leggyakrabban hashajtó és hánytató szereket, továbbá vérvételt alkalmaztak. Legtöbbször használt gyógyszereik voltak a méz, epe, vaj, egyes állati szervek és ürülékek, továbbá az őszi barackz kéksavtartalmú magvai, az opium, a tengeri hagyma, a sáfrán és egy *kifí* nevű, tizenhat különböző anyag összelegyítése útján készített gyógyszer (Plutarchos, Isis et Osiris, 2.). Ezeket a gyógyszereket belsőleg, továbbá füstölések, befecskendezések és öblítések, valamint kenőcsök alakjában alkalmazták. A sebészet terén az egyptomi orvosok ügyességét több körülmény bizonyítja; így ásatások alkalmával számos sebészeti műszer, nevezetesen kések, beretvák, lancetták, ollók, égetés czéljaira használt vasrudak stb. kerültek napfényre, továbbá egyes mumiákban jól meggyógyult csonttöréseket, sőt műfogakat is találtak. Aránylag legfejlettebb volt azonban Egyptomban a szemészet és a bőrgyógyászat.

Alexandria megalapítása után és a Ptolemaios-dynastia uralomra jutásával a görög cultura annyira elhatalmasodott Egyptomban, hogy a Kr. előtti IV. évszázad végétől kezdve itt is a hellén orvostudomány vált uralkodóvá, de az eredeti őslakosság leszármazottjai, az úgynevezett koptok, még a kereszténység felvétele után is évszázadokon át megőrizték és titokban gyakorolták az ókori egyptomi orvoslást.

Irodalom. Haeser: *Gesch. der Med.* Jena, 1875. — F. Oefele: *Die vorhippokratische Med. Aegyptens* (a Handbuch d. Gesch. d. Med.-ben 1902. Jena). — *Schwimmer*: *Die Med. im alten Aegypten*. Berlin, 1876. — Id. *Purjesz Zsigmond*: *Az Ebers-féle orvosi papyrus*. Budapest, 1876.

Tihanyi Mór dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A pneumonia serumtherapiája.

Közl: *Marikovszky György* dr. egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

27. *Huber-Blumenthal*: Ueber die antitoxische und therapeutische Wirkung d. menschlichen Blutes nach überstandenen Krankheiten. Berl. kl. W. 1897. — 28. *Hughes and Carter*: The injection in pneumonia and typhoid fever of serum from convalescents. Ther. gaz. 1894. — 29. *Issaëff*: Contribution à l'étude de l'immunité acquise contre le pneumocoque. Ann. de l'inst. Pasteur. 1893. 7. k. — 30. *Jansson*: Immun-állatok vérsavójával kezelt pneumonia esetekről. Svéd. hygiea. 1892. április. Ref. Baumgarten Jahresbericht. 1893. — 31. *Klemperer G. und Klemperer F.*: Versuche über Immunisierung u. Heilung bei der Pneumokokkeninfection. Berl. kl. W. 1891. 34. és 35. sz. — 32. *Klemperer*: Klinischer Bericht über einige Fälle von specifisch behandelter Pneumonie. C. f. klin. Med. 1892. — 33. *Kruse-Pansini*: Untersuchungen über den Diplococcus pneum. und verwandte Streptococci. Z. f. Hyg. 11. k. 1891. — 34. *Mosny*: Action sur le pneumocoque de serum sanguin des lapins vaccinés contre l'infection pneumonique. La sem. méd. 1892. — 35. *Mosny*: Sur la vaccination contre l'infection pneumonique. Arch. de méd. expér. et d'anat. patholog. 1892. — 36. *Mosny*: Sur la culture du pneumocoque. Compt. rend. de la soc. de biol. 1895. 37. sz. — 37. *Motta Coco*: Contributo allo studio della iperleucocitosi

nell' infezione diplococcica sperimentale. Rif. med. 227. sz. — 38. Neisser: Deutsche m. W. 1892. 593. l. — 39. Pane: Ueber die Heilkraft des aus verschiedenen immunisierten Tieren gewonnenen antipneumonischen Serums. Cbl. f. Bakt. 1897. 21. k. — 40. Pane: Alcuni casi di pneumonite curati col siero antipneumonic. Rif. med. 1898. 17. sz. —

Belfanti⁵ 1892-ben pneumoniás köpetet ugyanannyi destillált vízzel elkeverve, azt 24 órán át jég között macerálta, azután az egészet megsűrítte. Ha a szűrlet 10 cm³-ét nyúl fülének széli vénájába fecskendezte, ott oedema lépett fel, melynek kiállása után a nyúl rendszeren immunisnak mutatkozott későbbi fertőzéssel szemben.

Silvestrini és Baduel^{55,56} (1891) azt tapasztalták, hogy pneumococcaeamiában elpusztult nyúl beleinek megsűrített glicerinkivonatával nyulakat meg tudtak védeni a néhány nappal később intravenosusan beoltott erős vírus hatásától. Ha ezen első fertőzést kiállott nyulakat később ugyanazon vírussal subcutan fertőzték, a beoltás helyén hamar gyógyuló oedema lépett fel, néhányánál azonban az oedema annyira kiterjedt, hogy az állatok ennek következtében 4—6 nap alatt elpusztultak. A kontroll-állatok oedema nélkül, septicaemiában pusztultak el. (A localis reactionak tehát itt, mint azt már Kruse és Pansini is említették, úgy látszik csakugyan van valami köze az immunizáláshoz.)

Bunzl-Federn⁷ (1894) kísérleteiben inficiált nyulak véréből származó diplococcus 24 órán át 37° C-on fejlődött húslevesenyészetét alkalmazta. Ennek 0.1—0.2 cm³-e 24—48 óra alatt megölte az 1500—1800 grammos nyulat. Melegített húslevesenyészetnek intravenosus befecskendezésével akkor sem ért el nyulaknál immunitást, ha nagy, egész 15 cm³-es dosisokat fecskendett is be, s ha az inficiálással 6—23 napig várt is. Melegített bouillon-culturát subcutan fecskendezve be, 5 nyúl közül 4 immun lett ugyan, de nem minden reactio nélkül, mert nagy, bár csiramentes tályogok képződtek rajtuk. A Klemperer-féle pneumotoxin-nal végzett kísérletek eredménye változó volt, a pneumoproteinnel végzeteké pedig kedvezőtlen. Pneumococcus septicaemiában megbetegedett nyulaknak 56—58° C-ra melegített savójával sikerült nyulakat immunizálnia, akár subcutan, akár intravenosusan történt is a befecskendés. A immunitás a 14-dik napon állott be, erős volt, és hónapokig eltartott.

A Pane⁸⁰⁻⁸² kísérleteinél használt pneumococcus oly virulens volt, hogy a nyulakat, tekintet nélkül súlyukra, a 20—24 órán át 35° C-on tenyésztett bouillon-cultura egy milliomod köbcentiméterének huszadrésze rendszeren 4—5, kivételesen 6 nap alatt megölte. Ez a minimális halálos dosis. Pane nyulat, tehenet és szamarat immunizálva, azt tapasztalta, hogy a számból nyert serum volt a legerősebb és legtovább is tartotta meg az erejét, a tehénből nyert serum pedig a leggyengébb volt. A számar-serum sötétben, szobahőmérséken tartva 3 hónap alatt csak felenyire veszítette el erejét. Az asepsis kedvéért hozzáadott 1/400 trikresol nem befolyásolta gyógyító képességét. Intravenosus adva sokkal hatásosabb a serum, mintha subcutan adjuk. A minimális letális dosissal fertőzött nyúl megmentéséhez subcutan adva háromszor annyi serum kell, mint a mennyi a húszszoros minimális letális dosissal fertőzött nyulat megvéd, ha intravenosus adjuk a serumot. Ezt Pane abból magyarázza, hogy míg a serum a bőr alól az egész szervezetbe diffundál, addig a pneumococcus bőven ráért, hogy elszaporodván, az egész szervezetet elárasztja. A különbség főleg számarvérsavónál feltűnő. 3 köbcentimétere intravenosus fecskendve nyúlba, azt 20,000-szeres egyidejűleg bőr alá fecskendett minimális letális dosis pneumococussal szemben megvédte. Viszont ha 3 cm³ számar-serumot tizedrész akkora (tehát 2000-szeres halálos adag) tenyésztettel keverve bőr alá fecskendezett, kiterjedt bőraltali tályogokat kapott, s a nyúl 10—15 nap múlva (5—10 nappal később mint a kontroll-állatok) elpusztult. Kisfokú helybeli reactio (tályog) akkor sem maradt ki, ha a 3 cm³ számar-serummal kevert tenyészet csak húszszorosa volt a minimális letális dosishoz.

Washbourn⁶⁴ szerint Klemperer módszerével el lehet immunitást érni nyulakon, de az csak 3 hét múlva áll be, és a hatodik héten már megint eltűnik. Gyengített és megsűrített tenyészetet szintén lehet alkalmazni. Immunizált nyulak vérsavója néha teljesen, néha közepesen, néha sehogysémm immunizál. Normális serumban a pneumococcus zavarodást okoz, immun-serumban nem. Utóbbiban a bevitt pneumococcusok együtt maradnak a kémeső fenékén, de virulentiájukat nem veszítik el.

1897-ben Washbourn⁶⁵ lovat előbb 60° C-ra melegített húsleves-azután agartenyésztettel, végül nem melegített húslevesenyésztel immunizált. 10 hónap múlva oly erős serumot kapott a lóól, melynek 0.03 cm³-e biztosan megvédte a nyulakat a 10-szeres minimális letális dosissal szemben. Tenyészetének minimális letális dosisa 0.000001 része volt oly kacsnak, mely egyszerre 0.5 mgm. agartenyésztet vett fel. A halál átlag 36 óra alatt állt be. Hogy tenyészetének virulentiája állandó maradjon, a Fraenkel és Reich által ajánlott nyúlvesés agart használta táptalajnak.

Eyre és Washbourn¹⁴ (1899) kétféle pneumococussal dolgozva, eredményeik megegyeztek a Pane-félékkel, kinek seruma a körülbelül 3000-szeres halálos dosissal szemben nyújtott védelmet. Minthogy a serum conserválására a serumhoz adott trikresol magában is csökkent a baktériumok virulentiáját, azért a serumot nem a tenyésztettel egyidejűleg vitték kísérleteik alkalmával a hasüregbe, hanem előbb a vérpályába juttatták a serumot, és azután fertőzték a nyulat intraperitonealiter. Ugyanazon évből való későbbi közleményük¹⁵ szerint a Pane serumának védőképességét már 5 különböző fajtájú pneumococussal szemben próbálták ki, a melyeket normális köpetből és pneumoniás tüdőből tenyésztettek ki. A vizsgálatok eredménye az volt, hogy a Pane serum az 5 fajta pneumococcus közül 4-gyel szemben megvédte a nyulat,

az ötödikkal szemben nem. Ebből többféle pneumococcus létezésére következtetnek, melyeket csak a serum hatásával lehet egymástól megkülönböztetni.

Washbourn és Pane nyomán 1899-ben Mc Farland és Lincoln¹⁷ is tudtak lovat immunizálni pneumococussal szemben.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Sebészeti módszerek és klinikai kimutatás a budapesti m. kir. tud.-egyetem I. számú sebészeti klinikájának 1900/901, 1901/902, 1902/903. évi beteganyagáról. Szerkesztette Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár, az I. sz. sebészeti klinika igazgatója. Mesterük vezetésével és közreműködésével írták: Illyés Géza dr., Zimmermann Károly dr. egy. tanársegédek, Gerő Leo dr., Holzwarth Jenő dr., Milko Vilmos dr. és Navratil Dezső dr. műtőorvosok. A szöveg közé nyomott 22 ábrával. II. kötet. Kiadja a budapesti m. kir. tud.-egyetem I. számú sebészeti klinikája. 1903.

1901. évben jelent meg az orvosi könyvkiadó társulat kiadásában a „Sebészeti módszerek“ I. kötete, melyet az Orvosi Hetilap 1901. évfolyamában ismertetett, méltányolt és minden oldalról megvilágítva, teljes elismerésben részesített Navratil tanár tolla. A mint ebben Dollinger vizsgálati és gyógykezelési módszereinek ismertetésével klinikai működésének első 3 esztendejének világos képét adja, úgy ezen második kötet a második trienniumról számol be.

Teljesen méltányoljuk szerző azon kijelentését, hogy e két kötet a „klinika tudományos munkálkodása közben nélkülözhetetlen kézikönyvvé vált, de ezenkívül megkönnyíti még a klinika váltakozó műtő-növendékeinek munkálkodását, mert a használatban levő technikai módszerek ezen rövid leírása nekik már működésük kezdetén biztos vezérfonálul szolgál, őket a klinikai eljárásokban gyorsan tájékoztatja, sok felesleges idővesztégetől kímél, kérdőjelektől menti fel és őket rövid idő alatt munkaképessé teszi.“ Ép úgy elismerjük, hogy ezen rendszeres munkálkodás tulajdonképpen a legnagyobb időkimélés, általa sok keresgéléstől felmenti magát, s sok becses adatot maradóan értékessé tesz, mely különben „a kórtörténetek tömegében elkallódnék“.

A vaskos, 518 lapra terjedő kötet beosztásában a Bergmann-Bruns-Mikulicz által szerkesztett „Handbuch der praktischen Chirurgie“ sémáját követi, s az egyes fejezeteiben az I. kötetben már leírt műteti technikát illetőleg mindenütt egyszerű utalás történik.

A fej sebészi bántalmái fejezetében Gasser-dúc kiirtásának ismét több esetével találkozunk. Felső állcsont-resectionál 2 esetben a fogászati klinika hozzájárulásával a Claude-Martin féle immediált állcsontpótlást kitűnő eredménnyel végezték, a mennyiben a prothesis minden nagyobb mérvű zsugorodást megakadályozott, s functionális zavarok sem jöttek létre. Figyelemre méltó a pófa-plastikák nagyszámú és jó eredményű esete. Ép úgy a szájszár miatt operált 6 beteg kórtörténete sem érdektelen.

A nyak sebészi bántalmái között találkozunk a nyak, tarkó, fül előtti és állkapocs alatti gümös nyirokesomók subcutan kiirtásáról közölt kimerítő cikkkel Dollinger tollából, melyet más helyen közölt közleményeiből is ismerünk, s mely szerzőnek mindenestre kedvező themája, s melylyel állandóan a legnagyobb részletességgel és szeretettel foglalkozik. Önálló és eredeti szellemi produktumainak dédelgetett gyermeke.

A gége- és légcsőszűkületek fejezete után a daganatok csoportjában 3 gégerákos betegről számol be, kik közül kettőt chloroform-morphiummal, a harmadik esetet Schleich-érszételenítés mellett operálta. Első esetben teljes gégekiirtást végzett, 2 és fél hónap múlva gyógyultan bocsátotta el. A másikon, melynél a tracheából is resekálnia kellett, 4 napra septicaemiában halálos kimenetel állott be. A harmadikban feloldali larynx-exstirpációt végzett, s a beteg 2 hónap múlva érthető torokhanggal távozott. Ezen műtétet az I. kötetben még nem találjuk. A golyórák műteti kezelésében újabb változtatás nincsen. A vidékek, a honnan eseteit kapta, szintén szorgalmasan vannak kimutatva.

A mellhártya betegségeinél látjuk, hogy a gümösöket jodoform-glycerin-injectiókkal kezeli. A septikus mellhártya-izzadmányok fejezetében csak az eves izzadmányokat találjuk.

Emlőrák kezelésénél továbbra is csaknem teljesen a Kocher-féle eljárást követi.

A bázisrákokról írt fejezetben négy esetet találunk, melynél még a Witzel-féle gyomorsipolyt készítette, 1901. május óta pedig ezen eljárást elhagyva, csak egyszerű gyomorsipolyt készít, a tenotommal 1/2 cm.-nyi utat ejtve a gyomor falán.

Lágyéksérveknél leginkább a Bassini-féle, 8 esetben (kisebb szabad sérveknél) a Kocher-féle eljárást követte, melyet azonban le Dentu eljárás neve alatt szerepeltet.

Czomb- és köldöksérveknél a I. kötetben leírt sebészi eljárásokat követte.

A gastroenterostomia technikáját gondos szeretettel és részletesen írja meg. Jejunostomia kevés esetben szerepel. Teljes gyomorkiirtásnak 3 esetét találjuk.

A fégégnyűvelgyulladásokat még a régi 3 csoportba osztja be, 1. appendicitis simplex catharrhalis, 2. app. perforativa és abscessus periappendicularis, 3. app. cum peritonitide.

A vakbélrák két időben való kiirtását az orvosegyesület sebészi szakosztályán tartott előadásából ismerjük.

A heges végbélszűkületet többször analis nyíláson sikerült eltávolítani, vaginalis és sacralis úton egy esetet operált, melyben az 5

cm. hosszú szűkület 2 cm.-nyire a sphineter felett kezdődött, a vaginalis seb bezárásával, sacralis seb nyitva kezelésével. Végbélrák műtétének leírásából látjuk, hogy Dollinger igen helyesen elég conservatív, radicalisan csak három esetben operált.

A 270. lapon a *bélelzáródás* fejezetében egy 64 éves nő kórtörténete az érdekesebbek közé sorolható, a mennyiben ez talán a pancreatitis haemorrhagica érdekes és ritka kórképei közé volna sorolható?

A *máj és epeutak* fejezetéből egy bujakeros gumma miatt végzett májresectio köti le figyelmünket, melynek lueses eredetét csak a későbbi górcsővi vizsgálat állapította meg. Májechinococcusnál az eljárás a régebben leírt. *Epekövek*nél 11 esetben műtét, egyszer a Kelling által ajánlott függő helyzetben, mind gyógyulással végződött, legyen az akár cholecystostomia, cholecystotomia, vagy cholecystektomia és a duet. cysticus drainézése. Kettős műtétet a choledochuson és epehólyagon 5 esetben végzett, 2-szer cholecystotomia mellett choledochotomiát, 1-szer cholecystotomia után choledochotomiát choledochus-drainézéssel, 2-szer pedig cholecystektomiát choledochotomiával kombinált.

Figyelemre méltó a *lép* betegségeiről írt fejezet. Pankreascysta egy esetével találkozunk.

A *húgyivarszervek* sebészi bántalmai ugyancsak a modern vizsgálati és operatív technika minden kívánsága szerint kezeltettek. Prostataectomia suprapubica epicystotomia útján és egy perinealis prostatectomia is szerepel.

Varicocelenél a Cooper-műtéttel találkozunk. Vajjon be fog-e válni?

Az epididectomiáknál Rasumovszky-féle műtéttel is találkozunk, melynek functionalis eredményéről szerzőnek még nincs tapasztalata.

Az *orthopaedikus* részben nagyobb újításokkal, melyekről az első kötetben már ne lenne szó, nem találkozunk.

A véres úton helyre tett *idült subcoracoidealis vállizületi ficzamosdások*ról írt tanulmányát, melyet a sebészeti szakosztály üléséről és közleményeiből ismerünk, e helyen közli Dollinger teljes részletességgel. A *könyökizületi* ficzamos véres helyretervése esetei áttanulmányozásra méltók, mert ezekből láthatjuk, hogy a sebészet nehezebb fejezeteibe tartoznak. A *veszüléttett csípőizületi* ficzamosdás kezelése főleg Lorenz elvei szerint vértelen úton történt.

Egy *rosszul gyógyult csonttörés* esetében Lambott-készülék segítségével egyesítette a felfrissített törvégeket, melyet azonban a beteg sebének saját kezeivel való fertőzése következtében el kellett hagyni s Volkmann-féle nyújtás alkalmazásával befejezni. Az eddig látottak alapján magunk sem lelkesedünk ezen körülményes és nagyon beható eljárásért.

Figyelemre méltó a 456. lapon leírt haemophiliás térdizület története, mely ez esetben is annyira hasonlított a gümös megbetegedéshez, hogy diagnostikus tévedéshez vezetett.

E munka roppant gazdag tárháza a gyakorlati sebészet terén működő orvosnak s a bevezetésünkben említett és a műtőnövendékekre vonatkozó előnyeinek kívül Dollinger tanár volt hallgatóinak és a gyakorlat nehézségeivel küzdő, esetleg a vidéken támasz nélkül működő fiatal sebészorvosnak megbízható tanácsul szolgálhat s minden perczben útbaigazító barátja lehet. E szerint igen kíváncsi, hogy a mint a szerző igéri, a jelen tanév kezdetétől fogva évenként lásson napvilágot.

Haberern.

Pesti Alfréd: Magyarország orvosainak évkönyve és címztára. Budapest, 1904. XIV. évfolyam. A „Petőfi“-vállalat kiadása.

Pesti Alfréd, a Szt.-Lukácsfürdő részvénytársaság főtákará, az idén már tizennegyedik évfolyamát adta ki hasznos és hűzgapótló művének, a melyet a magyar orvosi közönség évről évre szívesebben fogad, mert valóban nélkülözhetetlen segédkönyvévé vált. Az évkönyvben megtaláljuk a székes főváros, továbbá az összes magyar vármegyék, azután Horvát-Szlavonország és Bosznia meg Hercegovina orvosainak teljes névsorát, szintűgy az egyetemek, nyilvános meg magánkórházak és egyéb orvosi intézetek személyzetének, valamint a különféle hatósági orvosoknak névjegyzékét, végre az 1903. évben elhalt orvosok lajstromát. A szerkesztő fáradhatatlan buzgóságának köszönhető, hogy a műben foglalt személyi adatok megbízhatók és a lehető legpontosabbak; az óriási adatgyűjteményben alig található egy-két tévedés. Az évkönyv dús és érdekes tartalmából kiemeljük még a közegészségügyre vonatkozólag a múlt évben kibocsátott ministeri rendeleteket és elvi jelentőségű határozatokat, továbbá az összes magyar fürdőhelyek meg gyógyforrások rövid ismertetését. A mű értékét növeli a *Kelen József* dr. által az 1903. évre folytatott szorgos figyelemmel összeállított orvosi bibliographia, továbbá *Doctor Károly* dr.-nak a vizeletvizsgálatról írt szabatos cikke. Az évkönyv előfizetői ingyenes mellékletül egy négyréti zsebnaptáron kívül, mely praktikus alakja és beosztása miatt közkedveltségnek örvend, még *Thim József* dr.-nak egy tanulságos értekezését kapják, mely hasznos útmutatásokat tartalmaz az orvosi írásművek szerkesztésére.

Tihanyi Mór dr.

Új könyvek. Rosenbach: Energetik und Medicin. Zweite erweiterte Auflage. Berlin, A. Hirschwald. — Ehrlich: Gesammelte Arbeiten zur Immunitätsforschung. Berlin, A. Hirschwald. — Korányi: Die wissenschaftlichen Grundlagen der Kryoskopie. Berlin, Simion Nf. — Albers: Der diagnostische Werth der Röntgen-Untersuchungen für die innere Medicin. Berlin, Simion Nf. — Freund: Über Neurasthenia hysterica und die Hysterie der Frau. Berlin, Simion Nf. — Neumann: Über den sogenannten Weichselzopf. Leipzig, Konegen. — Gautier:

L'alimentation et les régimes chez l'homme sain et chez les malades. Paris, Masson et comp. — Bernard: Les méthodes d'exploration de la perméabilité rénale. Paris, Masson et comp. — Rémond: Précis de médecine mentale. Paris, F. R. de Rudeval.

Lapszemle.

Húgyszervi betegségek.

Adatok a húgycsőszűkületek kór- és gyógytanához. Burekhardt privát klinikáján kezelt 400 húgyeső stricturás beteg kapcsán részletes statisztikai áttekintést nyújt Christen ezen bántalom aetiologiai, diagnostikai és therapiái mozzanatairól. Bár a dolgozat kevés újat tartalmaz, mind a mellett értékes, mivel az irodalomban található hasonló nagyszámú casuistikát felkaroló összeállítások (Seudder 400 és Desnos 500) kevésbé megbízható poliklinikus anyagról számolnak be. Szerző a húgycsőszűkület fogalmát Dittellel tágra szabja, ide sorolva a gonorrhoeás, traumás, congenitalis, arteficialis, köszvényes és tuberculosus szűkületeket. A gonorrhoeás szűkületek aránya szerző eseteiben 1:0.9, míg traumás szűkületek aránylag kis számmal (1:30) szerepelnek. Ezen arány természetesen meg lehetőségek kisebb az általános sebészeti klinikákról közölt esetekénél s okát a kétfajta kóródák különböző anyaga képezi.

A szűkületek aetiologiáját illetőleg, azok leggyakoribb okáról, a gonorrhoeáról csodálatosnak tartja, hogy utóbbi kolossalis elterjedésével szemben a strictura fellépte aránylag ritka. Strictura okozásával aligha valószínű az injectiós és instillációs therapia, hacsak nem oly arteficialis esetekben, hol a gonorrhoeás urethrárt 1:1000 sublimattal és carbollal kezelték vagy pedig azon szerző által említett esetben, melyben az urethra posterior egy soha gonorrhoeában nem szenvedett prostatahypertrophiás tisztelendőnél Lallemand szerint tömény lapissal cauterizáltak. Hogy egyszeri vagy többszöri gonorrhoea előzte meg a stricturát, vajon befolyással van-e a strictura kezelésére, arra nézve szerző biztos feleletet nem ad, viszont azonban nagyobb aetiologiai jelentőséggel bír szerinte a gonorrhoea chronikus volta. A traumás szűkületeket illetőleg figyelemre érdemes szerző egy esete, melyben a trauma után 15 évvel léptek fel először stricturatünetek, valamint az általa felhozott mindig gyakoribb kerékpársérülések, mint aetiologiai momentum s végre egy 8 éves gyermek húgycsőszűkülete, mely a pars pendula penisnek spágával való strangulálása következtében keletkezett s teljes retentiohoz vezetett. Spastikus stricturák okául szerző egy esetében meghűlést, másik esetben masturbatiót említ, mindenik esetben azonban ideges dispositiót; köszvényt 3 esetben hoz fel okul a szerző, 2 esetben előremert gonorrhoea daczára. A húgyeső tuberculosus szűkülete nagyon ritka; mindig a húgyivarszervek egyéb tuberculosus góczáról odavezetett.

A húgyesőszűkületek diagnosztikáját illetőleg szerző felemlíti, hogy sok esetben karakteristikus klinikai symptomák nélkül is a sondivizsgálat kétségtelen stricturát derít fel s a diagnosztikus jelentős háladását képezi az urethroskop, a mennyiben a stricturát a szemnek láthatóvá teszi. Tényleg gyakori esetben az endoskop segítségével felismerhetünk szűkületeket oly kezdeti stadiumban (periurethritis), mely csak a húgyeső átmeneti alakjának tágongásában nyilvánul.

A szűkületek számát illetőleg szerző 3 stricturánál többet egyes esetben nem észlelt. A többszörös stricturák az esetek 15%-át képezik. A szűkületek helyét illetőleg leggyakoribbak a pars membranaceában és bulbosában (89%) székelők, hasonló arányban, a mint azt Thompson és Dittel is találtak. Érdekes esetet képez az eddigelé ritkán észlelt és áltálal sem ismert pars prostaticában székelő gonorrhoeás strictura, mely incontinentiával járt együtt. A húgyesőszűkületek kísérő jelenségek közül felemlítjük, hogy szerző az esetek felénél fennálló urethritist, 1/8-ánál cystitist talált. 13 esetben a stricturához prostata-hypertrophia társult (!).

A strictura symptomatológiájához felemlítendő, hogy szerző 400 esete közül csak 236 jelentkezett direct húgyesőstricturás panaszokkal (nehéz vizelet, a vizeletsugár vékonysága, teljes retentio), míg 24 esetben részint retrostricturális hurut, részint cystitis panaszaiával vagy még távolabb fekvő panaszokkal keresték fel s a szűkületeket csak a további diagnosztikás derítette fel.

Szerző kiemeli, hogy a gonorrhoeás strictura igen lassan fejlődik s kezdeti stadiumában semminemű symptomát nem mutat, s hogy sok esetben a gonorrhoeás infectio után csak 20 esztendő múlva lép fel, míg viszont tagadhatatlanul számosak azon esetek is, melyekben a strictura közvetlenül a fertőzéshez csatlakozik.

Szerző az esetek 92%-ában a dilatációs therapiát alkalmazta, még pedig 30, sőt 35 Ch.-ig dilatált. A meatust a gonorrhoeás szűkületek 30%-ában meatotomiával tágitotta. A dilatálás eredményeit illetőleg szerző összeállításából kitűnik, hogy a 24 Ch.-ig tágitott esetek 36%-a recidivált, míg a magasabb fokú dilatációk recidívái jóval kisebb számúak (13%). Az urethrotomia externát szerző 15 esetben végzte specialis indicatiók alapján, a melynek a p. membranacea nagyfokú heges stricturái, fausses routes, kezdődő urosepsis és kísérő lithiasis. Több esetben excisiót és urethrorraphiát végzett. Az urethrotomia interna jogosultságát szerző csak ritka esetekben ismeri el s csak az endoskop controlja mellett. Ellenben jelentőséget tulajdonít az endoskopos therapiának különösen kezdődő stricturánál és a velejáró chronikus urethritis gyógyítása céljából, melyet ő az esetek 54%-ában a dilatációval kombinálva kitűnő eredménnyel alkalmazott. A gyógyszerek közül endoskopos alkalmazásra jóddatokat, sublimát és arg. nitr. használatát ajánlja.

Végül megemlékszik szerző azon *complicatiókról*, melyek a strictura-kezelés következtében felléphetnek.

Jelentősséggel bír a kezelés alatt nem ritkán jelentkező láz, az ú. n. katheter-láz, mely eseteinek 14%-ában lépett fel, részben hidegrázás, részben lassú hőemelkedés képében. Oka nyilván infectio valamely csekély sondasérülés helyén, a mennyiben leginkább is nehezebb sondázások után jelentkezik. Individualis dispositio aligha játszik szerepet, ellenben inkább a húgyutak hurutos volta. A letális kimenelt (1-2%) húgycsőszűkületek kezelése közben az urethra excoriatioi helyén való infectio következtében a húgyutak és a beteg állapota a felsorolt esetekben érthetővé teszi.

A dolgozat függelékül szerző a húgycsőszűkületek teljes irodalmát közli 1879 óta (az eddigi irodalom teljesen megtalálható Dittel: *Stricturen der Harnröhre* ez. művében, *Deutsche Chirurgie* 49). (Centralbl. f. d. Krankheiten der Harn- und Sexual-Organen, 1903.)

Szily Pál dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A tannalbint csecsemők nyári hasmenése ellen nagyon jó eredménnyel használta *Ratner*. A gyomornedvben oldhatatlan levén, gyomor-zavarokat nem okoz. Méregző hatástól mentessége miatt nagyobb adagokban (0.5–1.0 gramm többször naponként) adható s ilyenkor mindig megbízható hatásának mutatkozik. Használata előtt természetesen a bélhuzam ricinus-olajjal vagy calomellel alaposan kiirtendő. Nagyon hatásos, antifermentativumnak találta továbbá szerző az ichthalbint, a melyet szívesen rendel tannalbinnal együtt: Rp. Tannalbini 8.0; Ichthalbini 3.5; Pulv. cinnamomi 0.5. M. f. p. Div. in dos. No. XXIV. S. Naponként 2–3-szor 1–2 port. (*Deutsche Medizinalzeitung*, 1903. 70. szám.)

Az anthrasolról tartott előadást *Sack* a legutóbbi dermatologiai congressuson. Az anthrasol tisztított kátránykészítmény; világossárga, higan folyó olaj, a mely rendkívül könnyen ivódik a bőrbe, a közönséges kátránynál sokkal erősebb gyógyhatású és a ruhát nem piszkítja. Előadó 100-nál több esetet kezelt már anthrasollal. Általános pruritus eseteiben legezelszerűbb 10%-os alkoholos oldat alakjában alkalmazni, míg pruritus ani, lichen ruber stb. eseteiben 20–30%-os töménységben is használható. Fejeczema, seborrhoea, pityriasis, defluvium eseteiben elegendő az 1–5%-os töménység. Eczema eseteiben — egészen friss eczemák erős izgalmi tünetekkel természetesen ellenjavallatot képeznek — nagyon jól hat az anthrasol-zinkpasta vagy az anthrasol-glycerin-kenőcs. (Rp. Anthrasoli, Lanolini aa 5.0; Ungu. glycerini ad 50.0. Az előadást követett eszmecsereben *Neisser* tanár is nagyon dicsőően nyilatkozott az anthrasolról, melyet a kátrány-therapia terén első határozott haladásnak mond. *Marschalck* és *Mracek* tanárok, valamint *Nobl* szintén dicsérték e szert. Megjegyzendő, hogy parasitaer bőrbajokban czél-szerű az anthrasolt kén- vagy kaliszappannal együtt használni, mert az anthrasol egymagában nem elég erős bactericid hatású.

A vasas somatosét kiterjedten használta *Matzner* chlorosis, primaer és secundaer anaemiák, heveny kimerítő betegségek utáni reconvalescencia, marasmus eseteiben, nemkülönben rosszul táplált, vérszegény gyermekeknek. Eredményeivel nagyon meg van elégedve. Gyermekeknek 4–6, felnőtteknek 8–10 gramm adandó tejben, levesben vagy sörben. (*Die Heilkunde*, 1903. 8. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Magyar orvosi archivum, 1904. 1. füzet. *Vámossy Zoltán*: A máj méregvisszatartó képességéről. *Dollinger Béla*: A végtagok izületi porczainak vastagsága. *Mansfeld Géza*: A Donath-féle cholin-kimutatásról epilepsziánál. *Kertész József*: A csontvelő gümőkórságának histogenezisééről.

Gyógyászat, 1904. 8. szám. *Hainiss Géza*: A kanyaró. *Buday Kálmán*: Néhány actinomycosis-esetről.

Orvosok lapja, 1904. 7. szám. *Rottenbiller Ödön*: A linimentum kalii caustici Zoltán. *Kolozs Mihály*: A malaria.

Budapesti orvosi újság, 1904. 7. szám. *Ónodi Adolf*: Az orr- és gégegyógyászat az orvostudományban. *Hoffenreich Armand*: A pneumatikus kamara és annak gyógyértéke. *Goldzieher Vilmos*: Adalékok a látóideg pathológiájához. *Hoor Károly*: Az elülső szemcsarnok mélysége mérésének értéke. *Donath Gyula*: Eszrevételek a convergentia hűdésről és az associált szemmozgások centrumairól. *Scheiber S. H.*: Könyhiány három esetről facialis hűdésnél. *Borbély László*: A trachoma és az ophthalmoblennorrhoea a hadseregben az 1902. évben. *Vidéky Rikárd*: Adalék a szem penetráló sérüléseinek kezeléséhez. *Goldzieher Vilmos*: Szemteke körüli felhám-daganatokról. *Epstein László*: A hydrotherapia szerepe az elmeorvosgyógyászatban. *Tausz Béla*: Az inhalatók jelentősége.

Wiener klinische Wochenschrift, 1904. 7. szám. *Seegen*: Czukor-képződés a májban alkohol behatása alatt. *Pospischill*: Új heveny exanthema. *Exner*: Rákmetasztázisok visszafelődése radiumsugarak befolyása következtében. *Stoerk*: Melano-sarcomatosis piaie matris. *Türk*: Polycythaemia léptumorrallal és cyanosissal.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1904. 8. szám. *Kraus*: A fűző befolyása a somatikus viszonyokra. *Coën*: A hebegés gyógyítása. *Hrach*: Veszületett neurotikus hemiatrophia esete. *Martell*: A lecithin

gyógyászati alkalmazása. *Kassowitz*: Az orvos és az alkohol. *Kschischko*: A hasfalmetszés és egyesítése.

Berliner klinische Wochenschrift, 1904. 8. szám. *Senator*: A vérsavó haemolytikus képessége uraemiában. *Westphal*: Mozgásjelenségek hűdött szemizmokon Korsakow-psychois egy esetében. *Rachlmann*: Glykogen, albuminanyagok és bakteriumok ultramikroszkopi vizsgálata. *Kullmann*: Rákkivonatok okozta haemolysis. *Westenhoeffer*: A gümőkóros fertőzés útjai a gyermek testében. *Pick*: Epithelioma chorioectodermale.

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1904. 7. szám. *Bendix*: A bőr- és veseműködés kölcsönös vonatkozásai. *Rosenthal*: Természetes úton nyert dysenteria-toxin. *Hellwig*: A tetanus serumtherapiájához. *Kolbe*: Mustármérgezés. *Goldberg*: Puha katheterek aseptikus eltartása. *Hoffmann*: A májtompulat eltűnése bélkacsok odahelyezkedése folytán. *Wohl*: Alkoholikötések.

La semaine médicale, 1904. 7. szám. *De Boris*: Idegnyújtás Raynaud-kórbán.

Archives générales de médecine, 1904. 4. szám. *Brissaud és Bach*: A dura mater fungusa. *Robin és Binet*: A respiratorius chemismus megváltozása a gümőkórral antagonista állapotokban. *Sabrazès, Muratet és Bonnes*: Szabad idegsejt a liquor cerebro-spinalisban gerincz-agy-syphilis esetében. *Jaffroy*: „Délires systématisés spirites”. *Michon*: Heveny húgyretentio prostatikusoknál.

The lancet, 1904. I. 6. szám. *L. Rogers*: A kigyómérgek physiologiai hatása és ellenmérgeik. *Dyce Duckworth*: Az életbiztosítás czéljából végzett orvosi vizsgálatok. *Percy Rose*: A szülésznőkre vonatkozó törvény, tekintettel a gyakorló orvosra. *F. Percy Paton*: A perigastralis adhaesiók sebészeti kezelése. *W. Thomas*: A bázisling vészületett ocellusja. *F. Howard Humphris*: A statikus elektromosság módosítói. *C. Montagu Heanley*: Agglutinatio malleusban. *H. Savory*: Heveny lymphatikus leukaemia esete. *J. Phillips*: Ovarialis fibroid eltávolítása colpótomia posterior útján. *W. G. Clark*: 1. Interseapulothoracicus amputatio. 2. Császármetszés esete.

British medical journal, 1904. február 14. *P. Horrocks*: Puerperalis sepsis. *J. Swain*: 50 intraabdominalis műtét az ovariumokon, a méhkürtökön és a széles szalagokon. *J. Macpherson Lawrie*: Fibroid miatt végzett hysterectomia öt esete egy családban. *T. H. Sweeney*: Ovario-hysterectomia 12 esete. *W. H. Horrocks*: A Porro-műtét módosítása. *Th. Slater Jones*: Szokatlan nagyságú hólyagmola. *A. H. Tubby*: A hassebészeti körébe tartozó adatok. *G. W. R. Skene*: Scarlatinához hasonló gyógyszerküteg typhus esetében. *A. S. Hedley*: Adrenalin tüdővérzés ellen. *S. Hughes*: Vérbocsátás pneumoniában. *G. H. Young*: A myiasis kezelése. *M. Randall*: Spontan méhrepedés műtét után gyógyult esete. *A. H. Burgess*: Pankreas-cysta műtét esete.

Hetiszemle és vegyesegek.

Budapest, 1904. február 26.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1904-dik év 5. hetében (1904. január 31-dikétől február 6-ig) következő volt: I. Népesezési mozgalom. Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katonai 16,481, összesen 813,399. Elveszületett 444 gyermek, elhalt 332 egyén, a születések tehát 157-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 28.4. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 21.2, az egy éven felüli lakosságnál: 17.5, az öt éven felüli lakosságnál: 16.0. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 7, gümös agykérlob 8, agyguta 7, rángörös 11, terjedő hűdés 9, hátgerinczsorvadás 2, szívhaj 16, hörglob 1, tüdőlob 28, hurutos tüdőlob 3, mellhártyalob 1, tüdővész 68, tüdőlegdag 6, bélhurut 11, májbajok 0, hashártyalob 0, kizárt sérv 2, Brightkór 0, vészületett gyengeség 14, gyermekaszály 1, aggaszály 10, rák 9, méhrák 3, egyéb álképlet 1, gümös bajok 5, kanyaró 3, vörheny 5, álh. gégeglob 1, ronsoló toroklob 3, hökhurut 0, gyermekági láz 0, hagymáz 1, influenza 2, himlő 0, vészületett bujakór 4, szerzett bujakór 2, vérhas 0, orbáncz 1, lépfene 0, ebdüh 0, genyvrő 0, gyilkosság 0, öngyilkosság 5, baleset 3, erőszakos, kétes 1. II. Betegedés. a) Betegforgalom a községi közokrházakban. A múlt hét végén volt 3401 beteg, szaporodás 856, csökkenés 765, maradt e hét végén 3417 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1904. évi január 31-dikétől február 6-ikáig terjedő 5. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): kanyaró 112 (82), vörheny 64 (50), álh. gége- és ronsoló toroklob 32 (37), hökhurut 28 (19), gyermekági láz 1 (2), hasi hagymáz 0 (0), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 27 (29), vérhas 0 (0), orbáncz 15 (19), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültömirigylob 18 (9), trachoma 5 (1), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

+ Kitüntetés. Ö Felsége *Szöllösi Lipót* dr. II. osztályú főttörzsorvosnak saját kérelmére nyugállományba helyezése alkalmából elrendelte, hogy ez alkalomból nevezett II. osztályú főttörzsorvosnak a legfelső megelégedés kifejezése tudtul adassék.

+ Kinevezések. *Nesztor Emil* dr. segédorvos helyettessé Ö Felsége a honvéderorvosi tisztikar tényleges állományában főorvossá nevezte ki. Veszprém megye főispánja *Poldák József* dr. deveseri főorvost tb. megyei főorvossá nevezte ki. Taracsvizi járási orvosnak *Láng Péter* dr. nevezetett ki. *Pálffy Gyula* dr.-t Torda-Aranyos megye tisztí főorvosává

nevezték ki. Szoboszló város tanácsa ideiglenes főorvosul Kiss Sándor dr.-t nevezte ki.

— **Eröss Gyula** dr. magántanárt címzetes rk. tanárrá előléptetésre az orvoskari tanártestület legközelebbi gyűlésén a vallás- és közoktatásügyi ministeriumhoz felterjesztette.

— **Siklóssy Gyula** dr. magántanári folyamodványát az orvostudományi kar alakilag elfogadta és őt ennek alapján magántanári cselekvényekhez bocsátotta.

— **Megválasztás.** A téglási községi orvosi állásra Weisz Áron dr. választott meg.

— **A párisi egyetem** egészségtani tanszékére Chantemesse-t nevezték ki.

— **Egyetemi alkalmazások.** Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következők választottak meg. Az általános kór- és gyógytani intézethez: *Marikowszky György* dr. első tanársegédnek (meghossz.), *Picker Rezső* dr. díjazott gyakornoknak (meghossz.). A II. sz. belklinikához *Udvarhelyi Károly* dr. díjas gyakornoknak. Az élettani intézethez *Gros Béla* dr. második tanársegédnek, *Kőrösy Kornél* díjas gyakornoknak. A II. sz. kórbonczatani intézethez: *Királyfi Géza* dr. díjas gyakornoknak, *Breznovszky Nándor* és *Balázs Ármán* díjazatlan gyakornoknak. Az elmekórtani tanszékhez: *Lampel Mór* dr. díjazatlan gyakornoknak. A gyermekgyógyászati tanszékhez: *Mansfeld Géza* díjazatlan gyakornoknak.

— **Ösztöndíjak adományozása.** Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következők nyertek ösztöndíjat. A Rózsay-féle utaztató ösztöndíjat *Faludi Géza* dr. nyerte. A Jakobovics-féle alap 352 kor. évi kamatja üzv. *Lieb Gyula* dr.-nének ítélte oda. Állami ösztöndíjra ajánlatnak a vallás- és közoktatásügyi ministernek: *Györy Béla*, *Kerbolt László* és *Löwy József*, a Kajdácsi-féle szigorlati díjra: *Koröcs Ödön*, a négy egyenkint 500 koronás ösztöndíjra: *Barta Szabó József*, *Rosen-spitz Berta*, *Stefanovics Anna*, *Seemann Dezső*, a négy 600 és 300 koronás Mária-Terézia-féle ösztöndíjra: *Vadas Vilmos*, *Scherer Sándor*, *Toldy Loránt* és *John Szidónia*, a Ferencz császár-féle 800 koronás ösztöndíjra *Berzsenyi Zoltán*.

A székes főváros közigazgatási bizottságának levele Schwartzter Ottó elme- és ideggyógyító intézetéhez. *Márkus József* főpolgármester a székesfővárosi közigazgatási bizottság nevében következő iratot intézett Babarzi Schwartzter Ottó dr.-hoz:

A kórházak és gyógyintézetek vizsgálatára az 1876 évi XIV. t.-cz. 69 §. értelmében kiküldött bizottságunk múlt évi vizsgálatának eredményéről tett jelentését mai napon tartott ülésünkben tárgyalván, teljes elismeréssel vettük tudomásul, hogy a Máltóságod tulajdonát képező elme- és ideggyógyító intézetben a betegek gyógykezelése, ellátása, éjjeli ellenőrzése s állandó felügyelete a legmagasabb igényeket is kielégíti, a tisztaság, a rend kifogástalan és hogy Máltóságod az újabb létesített berendezésekkel és az alkalmazott új gyógyszerközökkel és általában a tudomány újabb vívmányainak alkalmazásával nagyobb áldozatok árán is, folyton az intézet színvonalának és hírnevének emelésére törekszik. A kórházak és gyógyintézetek vizsgálatára kiküldött bizottságunk e jelentése alapján határozatilag kimondottuk, hogy magas színvonalú intézetének fenntartásáért, annak folytonos fejlesztéséért és példás vezetéséért Máltóságodnak teljes elismerésünket és köszönetünket nyilváníjuk. Kelt Budapesten, a székesfővárosi közigazgatási bizottságnak 1904 évi február hó 8-dik napján tartott üléséből.

+ A magyar orvosok és gyógyszerészek árvainak otthona javára adakoztak:

Pártoló tagok: Neumann Jákó, Novomesky Gusztáv m. főorvos, Sasvár, Novomesky Imre gyógyszer., Fehértemplom, Obláth Mór orvos, Gálszécs, Olárius Valér orvos, Terego, Ötvös József orvos, Budapest, Oláh Antal orvos, Öcsöd, Pásztor Dezső j. t. orvos, Herkules-fürdő, Pártos Sándor j. t. orvos, Kál, Párik Sándor j. orvos, Vágújhely, Péchy József j. orvos, Kún-Szt.-Miklós, Petykó Izák j. orvos, Körömbőbánya, Pethő Jenő gyógyszer., Csáktornya, Pompietzky Elek, Istvánvölgy, Pity Sándor j. orvos, Mindszent, Prohászka László, Elek, Pillitz Benő j. orvos, Veszprém, Püspöki uradalom intéző, Sorokmajor, Rajzinger Imre gyógyszer., Özd, Réthy Béla gyógyszer., Békés-Csaba, Richler Károly gyógyszer., Lovászpátona, Rimay László gyógyszer., Abauj-Szikszo, Roth László k. orvos, Villány, Rothschnek V. gyógyszer., Debreczen, Roth Victor gyógyszer., Brassó, Rothfuchs Evang. gyógyszer., Tokaj, Robert Gersuny orvos, Wien, Rummer István gyógyszer., Csene, Ruttkay Aladár gyógyszer., Kún-Madaras, Riedt Imre gyógyszer., Sárvár, Sarló Sándor gyógyszer., Lajta-Ujfalu, Sauter laboratorium, Genf, Szántó József gyógyszer., Budapest, Szatmári István gyógyszer., Gyergyó-Ditró, Szabó István ezredorvos, Laczháza, Sáby Mátyás ezredorvos, Budapest, Szenery Gábor gyógyszer., Nagyselyk, Szentkirályi István, Szentgyörgyi Ferencz orvos, Orsova, Seliga János orvos, Budapest, Székely Mór orvos, Goszpodince, Semerey Bertalan orvos, Lipik, Singer Mór orvos, Győr-Sóvárház, Steinbuch Ármán gyógyszer., Varannó, Steyrer Károlyné gyógyszer.-né, Zseliz, Schretter Gusztáv gyógyszer., Girált, Schönborn József gyógyszer., Perjámos, Spányi Lajos gyógyszer., Újpest, Steinhaus Béla gyógyszer., Nyustya, Schmidthauer Lajos gyógyszer., Komárom, Stirling Károly gyógyszer., Győr, Solcz Gábor gyógyszer., Stern Mór orvos, Csongrád-Mágócs, Schöntag Samu orvos, Svedlér, Szőke Károly orvos, Csákerény, Szőke Gyula orvos, Komádi, Strelinger Samu orvos, Budapest, Schulhof János, orvos, Isaszeg, Than Károly e. tanár, Budapest, Thanhofer Lajos

e. tanár, Budapest, Thallmayer, Budapest, Terray Pál e. m. t., Budapest, Telegdi Zsigmond orvos, Bal-Boglár, Trajtlér János gyógyszer., Tiszolcz, Timbor Kornél gyógyszer., Nyitra, Teodorovits S. gyógyszer., Oppova, Tóth Béla gyógyszer., Öcsöd, Toperczer Sándor gyógyszer., T.-Szt.-Miklós, Török Miklós gyógyszer., Varannó, Vajda Károly orvos, Budapest, Vajda Izidor orvos, Budapest, Vécsey orvos, Brixen, Weisz Ármán és neje j. orvos, Nagy-Halmagy, Wittehen László orvos, Budapest, Wiesinger Frigyes Budapest, Winkler Jenő fogorvos, Debreczen, Witter Antal gyógyszer., Nezsider, Wozáry Rezső gyógyszer., Kassa, Zibáld Tamás gyógyszer., Szendrő, Zimmermann Lipót és fiai borkereskedő, Abauj-Szántó. Összesen 1960 40 korona. Az összes befolyt adományok: 29,085.40 korona.

□ Az országos közegészségi egyesület iskolaorvosi szakosztálya azzal a kérdéssel foglalkozott, vajon a főváros elemi iskoláiban nem volna-e helyesebb a mai módszer helyett az egyhuzamban való délelőtti tanítás. A szakosztály az egyhuzamban való oktatás mellett foglalt állást azzal a megjegyzéssel, hogy naponként csak három órát tanítsanak.

△ Az országos balneológiai egyesület f. évi közgyűlését április hó 17-dikén fogja megtartani; a közgyűléshez csatlakozó XIV. balneológiai congressus 17-dikén és 18-dikán fog ülésezni; a congressus programját az egyesület igazgató-tanácsa legközelebb közzé fogja tenni.

¶ A belügyminister a kórházak szükségleti, fedezeti és betegforgalmi kimutatásainak egyöntetűsége érdekében 12,650/IV—a. sz. alatt körrendeletet adott ki, melyben felhívja a köz- és nyilvánossági jelleggel felruházott kórházak vezetőségeit, hogy kimutatásaikat a rendelethez mellékelte mintáknak megfelelő alakban állítsák össze.

— Borsod vármegye törvényhatósága feliratot intézett a képviselőházhoz, melyben azt indítványozza, hogy az állam magához váltván a gyógyítási jogokat, azokat adja bérbe és fordítsa az így befolyó jövedelmet közegészségügyi czélokra.

— A tudóvész leküzdésére alakult „Internationales Zentralbureau“ tagjai ez idén Kopenhágában tartják meg conferentiájukat május 27-dikétől 29-dikéig.

— Megjelent. Tenner Vilmos dr.: Kimutatás a nagyszentmiklósi köz-kórházban az 1903. évben ápolt betegekről. E kimutatás szerint az illető kórházban a múlt év folyamán összesen 1374 egyén ápolatott, kik közül gyógyult 873, javult 202, meghalt 56.

† Elhunyt. Hoffmann Jakab Károly dr. szigetvárosi orvos 49 éves korában. Rottenstein Samu dr. petrozsényi járási orvos.

„Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatorium. Ujonnán épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage. Ölecső és gondos ellátás. Csúszkősvény, ideg-, bőrbajok és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatóságára Budapest-Budán.

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697.

Mechanikai Zander-gyógyintézet
Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., I. emelet. (Lift.)

Teljes berendezést mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testegyesítés. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vízgöngyöl. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54—20. Igazgató-orvos: Dr. Reich Miklós.

„Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatorium vízgyógyintézete. Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgöngyölés, massage, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. — Telefon. — Rendelő orvos: Dr. Jakab László.

Elektromágneses intézet (Müller Konrad J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában Budapest, Városligeti fasor 15. Főbb javak: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor, bélbántalmak, fejfájás, csúsz, stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: Réh Béla dr.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapest VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1904. évi február 15-dikén.) 137. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (IV. rendes ülés 1904. évi február hó 13-dikán.) 137. l. — (VII. rendes ülés 1904. február 20-dikán.) 140. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1903. évi november hó 12-dikén az új szent János-kórház sebészeti osztályán tartott ülés.) 142. l. — (Ülés 1903. november 17-dikén.) 142. l. — Közkórházi orvostársulat. (XVI. bemutató ülés 1903. december 9-dikén.) 142. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1904. február 15-dikén.)

Elnök: Than Károly; titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű előadás volt:

Lenhossék Mihály rendes tag ismerteti Bakay Lajos dr. tanársegéd dolgozatát: „Vizsgálatok emberi és emlős embriók kéztővén”.

E vizsgálatok főleg az emberi és állati kéztő járulékos elemeire vonatkoznak, melyekről újabb időben bebizonyult, hogy eredetüket illetően egyenlő értékűek az állandó kéztői elemekkel. Ezen elemek embriókban sokkal gyakrabban fordulnak elő, mint felnőtteken, hol már csak kivételképpen találhatók. A vizsgálat anyagául 50 emberi, 18 tengerimalacz, 6 kutya, 6 macska s 6 patkány embrió kéztő szolgált. Az emberi embriókon végzett vizsgálatok a következő új tényekre vezettek:

1. A processus styloideus ulnae nem vehető fel sem valami ősi elemnek, sem a hatodik sugar rudimentaer részletének, mivel nem önálló elem, hanem az ulnából képződik, mint a distális vég átalakulásának eredménye.

2. A processus styloideus ulnae és triquetrum közt embriókban ízületi üreg képződik, mint a felnőtt ragadozóknál általában, itt azonban a harmadik hónapban visszafejlődik.

3. Az os intermedium antibrachii inkább megfelel a vizsgált által tengerimalacznál kimutatott hasonló helyzetű elemnek, mint a Hylobates-nél leírt os Camperinek.

4. Cornerrel szemben Thilenius vizsgálatait erősíti meg, mely szerint a cartilago triangularis képzésében semmiféle járulékos porczogó nem vesz részt.

5. Az embryonális lelet arra vall, hogy az ulnare externum nyomait felnőtteken a pisiforme mellett kell kutatni.

6. A carpus és metacarpus állandó alkatrészei között összeolvadás jöhet létre, melyet mindig a közbeiktatott járulékos elem okoz.

7. A carpometacarpale 1. vagy praetrapezium (Pitzner) fogalma nem egységes, mert e helyen két porczogó jöhet szóba.

8. A hamatum mint carpale 4 + 5 magyarázására sem az os hamuli, sem az os Vesalianum fel nem használható.

Tengerimalacz-embriók carpusában először mutatja ki a vizsgált az emberi carpusban talált intermedium antibrachii, radiale antibrachii, ulnare antibrachii, trapezoides secundarium, parastyloid, styloid, os Gruberi, os hamuli-nak megfelelő elemeket, melyek jórészt teljesen ugyanazon elhelyezésben vannak, mint az embernél.

Patkányembriók carpusában kimutatta a styloidnak megfelelő járulékos elem jelenlétét.

Ezen emlős carpusokon végzett vizsgálatok alapján beigazolást nyer azon tan, mely a járulékos elemek homológiáját állítja.

A járulékos elemek egymással való összeolvadásában három típust különböztet meg: 1. járulékos elemek állandókkal, 2. járulékos elemek egymással, 3. állandó elemek állandókkal olvadhatnak össze.

Ez utóbbi esettől kapcsolatban azon érdekes tény derült ki, hogy a carpus és metacarpus több esetben felnőtté is észlelt össze-
forradása mindig a járulékos elemek közbejártásának tudható be.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VI. rendes ülés 1904. február 13-dikán.)

Elnök: Reich Miklós. Jegyző: Illyés Géza.

Kömetzés után fellépett symmetriás alsó végtag bénulás.

Bemutatták: Hajós Lajos és Remete Jenő.

Remete Jenő: Betegünk 1902. augusztus hó végén állítólag meghülés után fájdalmat érzett hólyagjában és augusztus 31-dikén atyja hirtelen elhalálozván, a lelki felindulás hatása alatt, valamint nagymérvű testi mozgás után a vizelete véres volt. A vizelet véres volta azonban már két nap múlva megszűnt, csak foszlányok mutatkoztak benne, miért kezelő orvosa hátsó kankót kórismézett és arg. nitricum-injectiókkal kezelte.

1903. év tavaszán heves testi mozgásnál már szűró fájdalmat érzett a hólyagban és ekkor heveny hólyaghurut is volt konstatálható. Ez időben köre is vizsgálták negatív eredménnyel és erőlyes anti-gonorhoeás kezelésnek vetették alá.

1903. év november havában előadóhoz került a beteg a következő statussal: Éjjel és a délelőtti órákban óránként, a délutáni időben félóránként rendkívül fájdalmasan vize. A fájdalom a terminális stadiumban legélesebb, mikor is a beteg fájdalma csillapítására guggoló helyzetben tipeg és ugrálgat. Állandó gáttáji fájdalomról is panaszkodik, mely kiadósabb testmozgásnál vagy kocsiszáznál fokozódik. A vizelet a súlyos cystitis képét mutatja.

A heveny cystitis subjectiv tünetei semminemű narcoticumra nem engedtek, miért is azon gondolat érlelődött meg benne, hogy a hólyagban kell lennie valaminek, a mi a cystistist állandóan fentartja. Ezért az alsó húgyutakban fennálló nagymérvű lobosodás daczára félkemény gombos kutatóval a hólyagba behatolt és azonnal követ konstatált, a melynek eltávolítását hozta javaslatba.

Ennek végrehajtása ezéjjel beteg november 23-dikán sanatoriumba vétette fel magát, hogy ott lithotrypsiát végezzenek rajta. Minthogy azonban az előkészítő kezelés folyamán jobboldali here- és ondósinórgyulladás fejlődött, december 9-dikén kömetzést végzett rajta sectio alta útján. Az igen súlyos pyogen cystitis miatt a hólyagot kivartha és drainezte. A kö 3-5 cm. hosszú, 2-2 cm. széles és 8-9 mm. vastag uratkő. A kórlefolyás teljesen láztalan. A műtétet követő 18. napon a hólyag záródik és négy nappal később beteg elhagyja a sanatoriumot következő statussal: Nappal 2-2 1/2 óránként vize, éjjel 2-3-szor fájdalom nélkül, csak a hólyagheg, valamint a jobboldali lágyéktájon, hol a funiculitis fennállott, érez csekély szűró fájdalmat különösen a hólyag összehúzódásának utolsó phasisában; feltűnő azonban, hogy a fájdalom nem rendszeresen jelentkezik, hanem olykor el is marad.

Mikor a beteg néhány nap múlva szóló ambulantiáján megjelenik, szemébe ötlök, hogy szétterpesztett lábakkal és néhezen jár. Előadja, hogy a fájdalmat már nemcsak a lefolyt funiculitis helyén, hanem egyebütt is éri. E fájdalom kisugárzik az alsó végtagokba és rendkívül megnehezíti járását. Minthogy a fájdalmas neuralgiák, valamint az ezekkel kapcsolatosan fellépő nehézségek napról napra fokozódtak és ezeket az átszenvedett hólyagműtéttel közvetlen összefüggésbe hozni nem tudta, a beteget idegkórtani vizsgálatra utalta.

Utólagosan a beteg még elmondta, hogy némi nehézkes járása már a műtét előtt is feltűnt és szóló maga is emlékszik e tünetre, de ezt a súlyos cystitis rováására írta.

Egyébként ez idő szerint a hólyagfunctio kifogástalan, a vizelet minden fájdalom nélkül történik és a fentjelzett, a hólyagösszehúzódással járó egyéb tünetek is megszűntek, míg a járási nehézségek és fájdalmak az alsó végtagokban egyre fokozódtak.

Hajós Lajos: A betegre vonatkozólag előadja: 1903. december 15. Kömetzés, már előbb rosszul járt, ideges volt és vízkúrárt használt.

Műtét óta a jobb inguin. hajlatból kiinduló, a ccomb beloldalán a térdig terjedő, vizelet utáni neuralgia-rohamok. Ugyanezen inguin. hajlatban állandó (gyuladásszerű) sajgó fájdalom.

Bal lágyék is fáj, de sokkal kevésbé. Bal lábát gyengébbnek éri. Régóta fejfájós, nagyon indulatos.

Status január 20-dikán: Pup. jól reagál (bal corneán centr. homály). Romberg nines, kissé fokozott térdreflexek, clonus ki nem váltható. Járás nehézkes, széles alapú, lábakat a medencezével emeli, annak és a felső testnek ringatása által. Az adductorok nyomására élénken fájdalmasak, a symphysis felé eső insertio-részük feszes köteggé tapintható. Passív mozgás minden irányban szabad, azonban a lábak térdközébe hozása és csípőben hajlítása mindkét oldalt, főképen a jobb inguin. hajlatban, fájdalmat okoz, az adductorok táján pedig oly érzést, mintha ccombjait valami széjjelfeszítené belülről. Ülő helyzetben az alszár feszítése csak akkor megy könnyen, ha a ccomb 2/3 hosszban az ülés által alá van támasztva.

Ezen nehézségektől eltekintve az activ mozgékonyág teljesen szabad, passív ellenállási vizsgálatok a sacrumban, az inguinális tájban és a ccomb beloldalán fájdalmat okoznak, melyek fokozódnak az erő fokozásával és ezért a passív ellenállás általában esőkkent.

Felkelésnél a kezek segítenek a törzset és medenczét a terpeszállású lábakra emelni. Erzésben eltérés nines, az összes izmok és idegtörzsek nyomásra mérsékelten fáznak, ischiadicus tünet mindkét oldalt pozitív. Trophikus zavarok, tremor vagy fibrillatio nem észleltetett.

Status február 3-dikán: Beteg alig képes felállani, felállás típusa a leírt. Járásnál a lábak medencezével való emelése még jobban szembe-tűnik; ccomb hajlítás (psaos működés) alig következik be, a helyett a láb alszárban hajlik és a medenceze oldalt ringatása viszi előre a lábat, mely csoszogva és talppal érezve a földet, veszi át a hirtelenül reá zuhanó testsúlyt. A járás jellege e miatt széles alapú, majdnem a spasticusra emlékeztető (Steppergang) Járás közben irányát változtatni csak a sarok körül végezett és egymást kiegészítő kisszögű tipegésekkel képes. Alszárhajlítás csak alátámasztott ccomb mellett; ellenállási vizsgálatok mindenütt erősen esőkkent, leginkább a quadricepsben nyilvánuló gyengülést mutatnak. Fekvő helyzetből nehezen tud felülni, lefeküdni csak úgy tud, ha az ágyra ülve lábait felemelik és így forgatják az ágy hosszirányába.

Az inguin. hajlat jobboldali fájdalmassága esőkkent, baloldalt a medenceze mélyében a csípőtányér felé gyakorolt mély nyomás fájdalom. Térdreflex normális. Erzéseltérés nines, sem fibrillatio.

A leírt neuralgia megszűnt. Adductorok feszesek.

Február 4-dikén status idem. Status február 11-dikén: Felkelés, járás sokkal könnyebb, ülő helyzetben még fennáll az abduktált ccomb-tartás, álló helyzetben a két térd érinti egymást. Jobb lábbal székre

tud lépni, bal nehezebben emelkedik, olyankor a bal adductor táján izomfájdalmasság. Járás kissé széles alapú, a lábak emelésében a medence segít, részarányos. Durva izomerő csökkent, mindkét oldalt egyenlő, sem activ, sem passiv mozgásban akadály nincs.

Térdreflex normális, clonus nincs.

A leírt kórkép a leírt spasticoparetikus járási typus folytán központi idegrendszeri eredetűnek látszott, azonban úgy a többi tünetek, mint a kórkép lefolyása, az alsó végtag izmainak fájdalmas, inaktivitására (acinesia algosa secundum Möbins) vallanak, melynek eredetében nemcsak a lefolyt hólyagbántalom játszhatott szerepet, hanem a beteg fekvési módja is a műtét után, a mennyeiben a térdei alá helyezett háromszögű párnán mintegy suspendálva lógott medenceje, mely a czomb izmait, főképen az adductorokat és ileopsoast állandó kinyújtott helyzetbe kényszerítette.

További therapia az alsó végtag Zander-kezelése és methodikus járási gyakorlatok.

Adams-Stokes-betegség.

Kövesi Géza: A betegnél, kit az Orvosegyesületnek bemutat, az Adams-Stokes-féle tünetcsoportnak igen kifejezett alakja van jelen.

A 44 éves nőbeteg mult év december 31-dikén vétetett fel az I. számú belgyógyászati kórodára és kórelőzményi adataiból a következőket véli megemlíteni méltónak. Terheltség semminemű irányban nem áll fenn, előző betegségei közül gyakori fejfájások, enyhe lefolyású haemoptoék említhetők meg, grávida sohasem volt, lues felvételére semmi támpont, hasonlóképen izületi lóbban vagy más fertőző betegségben nem szenvedett.

Bántalmának kezdetét az igen intelligens beteg igen pontosan írja le. Ugyanis mult év június első napjaiban a városligetben hirtelen eszméletlenül esett össze és férje állítása szerint 5 percig volt eszméletlen. Ugyanazon a héten három hasonló rohama volt, majd háromheti szünet után a rohamok igen sűrűen jöttek egymás után. A rohamok minőségében és intenzitásában a legkülönbözőbb átmenetek voltak a legenyhébbek azok, melyek csak néhány másodpercnyi szédülésből állottak; ennél erősebbek, midőn szorító, fojtó érzés után kábulttá lesz, azonban nem teljesen eszméletlen; legintenzívebbek azok a rohamok, melyek kivált betegsége kezdetén voltak gyakoriak, midőn mindennemű aura nélkül hirtelenül összeesik és eszméletét teljesen elveszti. Ezen rohamok alatt rövid ideig tartó és kis fokú clonikus görcsök is mutatkoznak, melyek azonban inkább csak erősebb tremorszerűek és csak nagyrítán lépnek fel tonikus görcsök, inkább csak a felső végtagokban. Ezen rohamok különböző időben és váltakozó közökben lépnek fel, némileg gyakrabban a menstruatio kezdetén.

Beteg elég jól fejezt és táplált, nem feltűnően anaemiás. A jobb tüdőcsúcs kissé rövidült, ugyanott valamivel megnyúltabb és hangosabb a kilégzés. Szívcsücslökés, szívliktetés, epigastriális liktetés még felülés és testmozgások után sem tapintható.

Azonban a jugulumban és a jobb jugularis felett, kevésbé baloldalt állandóan fennálló liktetések észlelhetők, melyekről kifejezetten megállapítható, hogy három emelkedés után következik hosszabb szünet és mely liktetésnek kezdete határozottan praesystolés jellegű, a radiális pulssal synchron a vena összeesik. Ezen praesystolés első legnagyobb emelkedést igen rövid szünet után követi egy kisebb emelkedés és valamivel hosszabb szünet után, bár nem állandóan, egy újabb kis liktetés. A legszembetűnőbb azonban az ütérlokés viselkedése, mely állandóan 32 és 36 között váltakozik, azonban volt alkalmunk csak 28 ütérlokést számlálni. E mellett az ütérlokés telt és igen feszes, teljesen rhythmikus, a mint az a mellékelt sphygmogrammból is kitűnik, mely szerint az egyes ütérlokések lefolyásának a tartama szabályosan 1-7 másodperc. A sphygmogramm is a bradycardiának rendes typusát tünteti fel, meredeken felhágó szárral és egy hosszan elnyúló lehágó szárral, a melyen a közbeiktatott extrasystoléknek semmi nyoma nincsen. A bradycardiának ezen jellege és a már említett visszérliktetés több mint egy hónapi klinikai észlelés alatt teljesen állandó maradt. Ugyanízen ezen idő alatt a már bemutatott rohamoknak a legkülönbözőbb válfaját észleltük, az enyhe szédüléstől a teljes eszméletlenséggel járó görcsös rohamokig, melyek teljesen megfelelnek a *Huchard* által elnevezett Adams-Stokes-féle tünetcsoport követelményeinek. A bántalomnak már aránylag ritka volta is indokoltá tenné az eset bemutatását (kilencz év alatt a klinika igen gazdag szivanyaga közül három észleltetett), kiválóbb érdekel bir azonban a bradycardia létrejöttének a magyarázata.

Ugyanis az Adams-Stokes-betegségnél észlelhető bradycardia tulajdonképen nem valódi bradycardia. És *Engelmann*-nak a szivizom működéséről végzett alapvető munkálatai alapján létrejötté több úton magyarázható.

A bradycardia létrejöttét jelen esetben a következő módon fejthetjük meg: A vénák leszájadásától kiinduló inger rendellenesen, lassan vezetődve áterjed a gyomrocsra és nemcsak pitvar-, de gyomrocsösszehúzódat is létrehoz, közbeiktatódik egy minden valószínűség szerint a jobb gyomrocsban létrejövő extranger hatása alatti extrasystole, mely áterjed a pitvarra, létrehozva a visszérliktetés második emelkedését; hatása alatt összehúzódik a gyomrocs is, de oly tökéletlenül, hogy az intracardiális nyomás fokozódása nem elégséges a felholdképi billentyűk ellenállásának legyőzésére és ennél fogva egy effectusos systole kiesik.

A görcsös és eszméletlenségi rohamok magyarázatát másképen nem adhatjuk, mint hogy egyes systolék kiesése folytán a véráramlás rendellenesen lassú, mely periodice szénsavfelhalmozódást eredményez és ez ingerképen hat főképen a nyúltvelői központokra.

Tetania-esetek.

Ferenczi Sándor: A tetania néhol endemia és néhol epidemia alakjában lép fel és az esetek halmozódása bizonyos foglalkozási ágak művelői (főleg cipészek) között mutatkozik és pedig bizonyos évszakokban (télutó, tavasz). Előadó az Általános Munkásbetegség-Értékelő Pénztár ideg-ambulatoriumában az utolsó két hónapban feltűnően gyakran észlelt merevgörcsösséget, holott a mult évben egész decemberig egyetlen egy sem fordult elő.

Egy tetania esetet már az Orvosegyesület egyik decemberi ülésén bemutatott. Most újra demonstrálja az illető beteget, de azonfelül röviden ismereti és bemutatja az újabban felmerült eseteket.

A fentemlített beteg 36 éves, malommunkásnő, november 25-dikén betegedett meg (struma és szoptatás által kiváltott tetania).

A második beteg 37 éves, spodiumgyári munkásnő, ki második terhességének 8-dik hónapjában jelentkezett, november 26-dika óta szenved spontan tetaniás görcsöket (kéz-, láb-, rekesz-, gégegöres), jobboldali pajzsmirigylebenye sorvad és meszesen degenerált.

A harmadik 34 éves, szíjgyártó neje (visceroptosis, gyomortágulás, Chvostek-tünet, fokozott galváningerlékenység), január 8-dikán jött. Jobboldali thyreoida lebeny duzzadt. (Tetanoid?)

A negyedik esetben úgyrevezett tetanoidról lehet csak szó. 22 éves, Machlup-börgyári munkás, kinél paraesthesiák és Chvostek-féle tünet van jelen. Ezenkívül hasmenésekben szenvedett, lépe duzzadt, érzékeny.

Az ötödik esetben megint egy 34 éves nő, szíjgyártó neje, a szoptatás 8-dik hónapjában typusos kéz-, láb-, erős arc-, nyelv- és gégegörcsben betegedett meg. A jobboldali thyreoidalebeny duzzadt. Latens tünetek (Erb, Chvostek, Trousseau, ez utóbbi ütérösszenyomással is) constatalhatók.

A hatodik esetben, Machlup-börgyári munkásnál, epilepsia, fokozott galváningerlékenység és Chvostek-tünet. (Tetanoid?)

Észleltetett tehát két szoptatási tetania strumával, egy terhességi tetania strumával, egy gyomortágulás és struma tetanoid tünetekkel és egy epilepsia tetanoid tünetekkel.

A tetanoid elnevezés Frankl-Hochwarth-tól származik, a ki a tetania epidemiaszerű fellépése alkalmával sok, látszólag egészséges, vagy más betegségben szenvedő egyénnél talált Chvostek-tünetet és paraesthesiákat. Valószínűnek tartja, hogy ezek aetiologiája azonos a tetaniával.

Feltűnő, hogy valamennyi beteg szerves anyagok körül foglalkozik: egy spodiumgyári, egy malommunkásnő, kettő szíjgyártó felesége, kettő börgyári, még pedig egyazon gyárban dolgozó munkás. Az is feltűnő, hogy valamennyien novemberben, decemberben és januárban betegedtek meg.

A tetania pathogenetikai problémája szempontjából igen tanulságos, hogy a maternitás kapcsán fellépett három tetania-esetben a pajzsmirigy is többé-kevésbé degenerálva van. Ez nem lehet véletlen. Valószínű, hogy éppen a miatt nem tud a pajzsmirigy a fokozott igényeknek megfelelni.

Előadó szerint valószínű, hogy minden terhességi és lactatiós tetaniát thyreogen insufficiencia okozza.

Az endemiás fellépés ezenfelül valamely infectiosus virus közbejöttét is valószínűvé teszi, de nem bizonyítja.

Megemlíti itt, hogy az egyik „tetanoid“ betegnél nyomásra érzékeny megnagyobbított lépet lehet constatalni.

Az észlelt kórtünetek közül kiemeli két beteg laryngospasmusát, a mi felnötteknél ritka, viszont a gyermekkori hangrészgöres tetaniás eredete mellett szól.

A látás élességének mértékegysége.

Siklóssy Gyula: A látás élessége fordított arányban áll a látási szöggel. A felismerés határszöge Snellen és Giraud Teulonnak 1862-ből származó meghatározása szerint. Snellen szerint *egység* a látás élessége, ha a szem még egy percnyi szög alatt keletkező képet felismer.

Ez a látási szög egyenes arányban áll a tárgy nagyságával és fordított arányban áll a tárgy távolságával. Valamely szem látásélességét úgy állapítjuk meg, ha ehhez az egységnyi látás élességéhez viszonyítjuk és pedig a szerint, hogy bizonyos vizsgálási távolságból hány méterre felismerhető tárgyat lát meg. Vagyis, hogy látási szöge hogy viszonylik a felismerés határszögéhez (1'). Snellen ezt a vizsgálati módot az ismert képlettel fejezte ki: $d:D = v$. Ezt a képletet Snellen így fordítja: Visus indicatur relatione distantiae examinandi (d) ad distantiam discernendi (D).

Csodálatos azonban ez a Snellen-féle visus-egység. Rendkívül magas az értéke, úgy hogy rendesen törtjeiben kell beszélnünk. Olyan ez, mintha a pénz értékű példánál az ókori talentumot őriztük volna meg, s a tojáshoz, péksüteménynek napi fogyasztását a talentum egységtörtjeiben fejeznék ki. Ha az emberi test hőfokát nem a víz forráspontjának 100-ad részét képviselő C.^o-okban mérnők, hanem 36-60-ot vennék fel egységnek, s 40-30-nyi lázat 1-1-nek, valamely bakteriumfaj kedves tenyésztő hőmérsékét pedig (32-9^o) az egységül felvett emberi testhőmérsék 0-9-ad része gyanánt említenék. Lehetne a test középmagasságát (170 cm.-t) egységnek tekintenünk s 204 cm.-nyi magasságról mint 1-2, 136 cm. magasságról mint 0-8 magasságról beszélhetnénk. És így tovább.

Régez érezzük ennek a helyzetnek tarthatatlanságát, s Nicati, Sulzer, legutóbb Landolt ki is fejtették egy új rendszernek szükségességét, egy oly rendszerét, melynek mérő egysége kicsiny legyen, a mely rendszerben a megmért látási élességek az egység sokszorosai

lehetnek, egy oly mértékegység szükségességét, mely alkalmazkodik a jelenleg általánosan elfogadott egyéb mértékegységek jelleméhez. Snellent is régen foglalkoztatta ez a probléma, s most azzal a tervével áll elő, hogy vegyünk fel a látás élessége mértékegységeül annyi látási élességet, a melylyel 1 m. távolságról meglát a szem egy 1 cm. vastag (5 cm. széles és magas) betűt, alakot, jelet. Ez a tárgy körülbelül 35 m.-ről ismerhető fel, vagyis körülbelül 35 m.-ről keletkezik róla 1°-nyi szög. Ez a tárgy tehát körülbelül 35°-nyi látási szög alatt jelenik meg 1 m.-ről az emberi szemben. Így ez az egység, melyet Snellen Acuitás egységnek gondol nevezhetni, körülbelül egy 35-öd részét teszi a Snellen-féle Visus-egységnek. Egy tízedrésznyi Visus tehát körülbelül 35 Acuitásnak felel meg, ha 5 m.-ről vizsgálunk 5 A 0·7-nek, mikor 0·7 megadja az 1 cm. vastag alapbetűhöz viszonyított betűvastagságot ($0·01:0·7=0·0143$), az alapbetűnek felismerési távolságához viszonyítva ($35:0·7=50$ m.) pedig megadja az 5 m.-re való vizsgálás mellett az 5 m.-nyi felismerési távolságot.

($V=0·1$; $d=5$ m.; $D=50$ m.; a betű $50 \times$ tg. 1° vastag, vagyis tg. 1° = $0·0002909$, $50 \times 0·0002909 = 14·5$ mm.)

Bővebben foglalkozik az Acuitas abszolútával, mely 1 m. vizsgálási távolságra adja meg a méreteket — különösen a felismerési távolság és a betű vastagságának méreteit —, valamint az Acuitas relativával, mely a V érték átszámítására és az α -szögnek megállapítására fontos. Az Acuitas relatíva értéke nem egyé, mint az Aa-ának és a vizsgálási távolságának szorzata; helyesebb tényezőiben írni: $d:Aa$; ha a szorzatot használjuk, az zárjelbe teendő. A szorzat maga mindig számlálója egy törtnek, melynek nevezője 34·376, vagyis körülbelül 35. Tehát (25), (30), (35) Acuitás eredetileg Snellen-értékben $25/35$, $30/35$, $35/35$ V-értéknek felel meg.

A dolog természetében rejlik, hogy 7 m. vizsgálási távolság mellett a V-értékek ép sorozata áll előttünk, a mellett pedig az Acuitás értékek sem csorbulnak:

V	0·05	0·1	0·15	0·2	0·3	0·4	0·5	0·6	0·7	0·8	0·9	1
d Aa	7A0·25	7A0·5	7A0·75	7A1·0	7A1·5	7A2	7A2·5	7A3	7A3·5	7A4	7A4·5	7A5
Ar	(1·75)	(3·5)	(5·25)	(7·0)	(10·5)	(14)	(17·5)	(21)	(24·5)	(28)	(31·5)	(35)

Bemutatja ezt a sorozatot s közli az Acuitás (A) egység definícióját: Index visus est Acuitas (A) tanta acies oculi, quanta litera unius centimetri crassa, quinque autem centimetrorum longa et alta e distantia unius metri cernitur.

Csapódi István: Erdekessnek mondja az előadó látásélesség kifejező módszerét és azt a törekvését, hogy a látás élességének módszerét összeegyeztesse más mérések elveivel. Szerencsét kíván hozzá. Csapán két megjegyzése van. Egyik arra vonatkozik, hogy az egységül vett Acuitas, vagyis 1 meterről 1 cm. vastagságú alak felismerése, oly csekély látótehetséggel ér fel, a mennyi csak kórosan fordul elő s ennek többszöröse a Snellen-féle teljes Visus. Ellenben Snellen egysége a normális emberi látás, az ép szem látóereje. A másik megjegyzés az, hogy 1 m. távolságban a szem tetemesen alkalmazkodik, holott 5 m. távolságot már úgy lehet tekinteni, mint a hol a végtelenség kezdődik, tehát a hol a szem nem alkalmazkodik.

Siklőssy Gyula: Távolság áll előadótól az a gondolat, hogy az egységnyi látásélességnek (Snellen értelmében) $1/35$ részét kitevő Acuitás egységet valami magas értéknek tartaná: de hiszen éppen ilyen egységet keresett, olyan egységet, melynek a Snellen-féle „egységnyi” Visus sokszorosra legyen. Bizony, ha egy szem csak egy A-nyi látásélességgel bír, az nagyon de nagyon kevés, de koronarendszerben kevés az egy koronányi vagyon és C⁰ hőmérsék rendszerben kevés az 1⁰ C.-nyi meleg is.

A mi az alkalmazkodás kizárását illeti, az előadó rendszerében tökéletesebben megy végbe, mint a Snellen-féle rendszerben, mert ha az 5 m. távolság közel párhuzamos sugarakat eredményez, vagyis végtelen távolságnak vehető fel, akkor az előadó által inagurált 7 m. távolság annál inkább.

Finsen-kezelésre szolgáló Böke Alajos-féle készülék.

Basch Imre: Mióta Finsen a lupus vulgarisnak fénysugarakkal való gyógyítására szolgáló készülékét ismertette, számosan próbálkoztak hasonló célra szolgáló készüléket szerkeszteni főleg azért, mert a Finsen-féle készülék felszerelése nagyon költséges és a vele való kezelés a készülék korlátozott mozgékonyaságánál és helyhez kötöttségénél fogva körülményes és kényelmetlen. Különösen a magányakorlatban nem alkalmazható. Ezt maga Finsen is belátta, mert miután Lortet és Genoud, Bay, Shtetl stb. próbálkoztak ily készülék szerkesztésével, tavaly Finsen maga is Reyn assistensével a könnyebben mobilizálható „Finsen-Reyn”-féle készüléket bocsátotta világra. Legújabbban pedig Bellini szerkesztett egy készüléket, melyet Finsen is jónak talált. Ugyanezen célból szerkesztette és szabadalomra be is jelentette Böke Alajos máv. gépész-mérnök is Török és Schein felszólítására a Lortet- és Genoud-féle készülék nyomán azt a készüléket, melyet a Gyógyászat 1903. évi 13. számában részletesen leírt és a derm. és urol. szakosztály ezidei január havi ülésében be is mutatott Török és Schein.

A Gyógyászat idézett cikkében olvashatjuk, hogy Török és Schein egy évi kísérletezés alapján meggyőződött arról, hogy a készülékkel, bár szerkesztésénél fogva kifogástalanul működött, lupus vulgarisnál még sem sikerült kellő eredményeket elérni, de azt hiszik, hogy a készülék nagyobb méreteken előállítva hivatalosan a Finsen-féle készülék pótlására. Az ő készülékük lencséjének átmérője 2 cm., az ivlámpájuk 15–16 Ampère-t fogyasztott.

Szólo ilyen nagyobb méretű készüléket rendelt Böke Alajos mérnöknek, s ezt ezennel bemutatja.

A készülék részletes leírása tekintetében utal a „Gyógyászat” többször említett cikkére, meg kell azonban jegyeznie, hogy ezen készülék sokkal solidabb a kivitel tekintetében.

A készülék fényforrása egy 35–40 Ampère és körülbelül 40 Volt feszültséggel működő, tompaszögben találkozó szénelektrodokkal égő ivlámpa, melynek két fala között hideg víz kering.

Az ivlámpa az előtte levő lencserendszer focusában van elhelyezve, s így a divergáló sugarak legnagyobb része a lencserendszerre esik. Böke az ivlámpa mögött még parabolos fémtükröt alkalmazott, melynek az volt a célja, hogy a csekély számú hát felé irányuló fénysugarakat is a lencserendszerre vetítse.

A lencserendszer egy plan-plan és egy plan-convex 3·5 cm. átmérőjű hegyi kristálylencséből áll. A két lemez között, miután hideg víz kering, Lortet és Genoud, valamint Török és Schein a lencserendszert tisztán csak hűtő-nyomó készülék gyanánt alkalmazták oly módon, hogy a lupusos bőrfelületet a lencsére nyomva kezelték.

A Böke-féle készüléket 5 héttel elelőtt kaptam meg, s arról győződött meg, hogy jelen szerkezetében még tökéletlen, Török és Schein alkalmazása szerint pedig nem vezet célhoz.

Szerkezetét illetőleg első sorban meggyőződött arról, hogy az ivlámpa mögött alkalmazott parabolos tükröt teljesen felesleges, mert az általa visszavert sugarak a lencserendszerre nem kerülhetnek, mivel a két alapos vastagságú szénecsúcs úgy szőlőván az egész lencse területét elfedi. A fény erőssége, akár alkalmazta, akár elhagyta a fémtükröt, egyforma maradt. Alkalmazási módja tekintetében pedig úgy találta, hogy Török és Schein épp úgy, mint Lortet és Genoud eltekintettek a Finsen-kezelés egyik sarkalatos elvétől, t. i. a fényforrás lehetőleg tökéletes kihasználása céljából való koncentrált fény alkalmazásától; azonkívül a lencserendszer mint hűtő-nyomó készülék, a mint Török és Schein használták, még sem alkalmazható bármely testrészhöz, mert az egész készülék még mindig nem elég karesú ahhoz, hogy bármely elhelyezésű lupushoz simulhasson. Ezért azt a lencserendszert concentrator gyanánt használja, a lupusos bőrfelületet valamivel a lencse fókuszán belül helyez el, s a lupusos bőrfelületre még külön alkalmazza a Finsen-féle hűtő-nyomó készüléket. Még több sugarat gyűjtheti a concentratorral az által, hogy a plan-plan és plan-convex lencserendszer helyett 2 plan-convex lencsét használ, melyek közül a fényforráshoz közelebb fekvő a fényforrásból reá eső divergáló sugarakat párhuzamosakká változtatja, míg a másik plan-convex lencse a párhuzamosakat egy focusba gyűjti, melybe a Finsen-féle hűtő-nyomó készülékkel ellátott lupusos felületet beállítja.

A kezelésnél azonkívül a készüléket úgy állítja be, hogy a fényt alulról felfelé kapja, s ez által eléri azt, hogy a fényforrás felé eső lencsére nem esnek a szénecsúcsokról lepattogó izzó szénrészecskék s így a lencse elpattanása is kevésbé fenyeget, valamint kezelés közben nem szükséges ezt a lencsét külön tisztogatni.

Az így módosított szerkezéssel és alkalmazással tetemesen erősebb reakciót kap, s már az eddig kezelt 3 lupusos betegnél is a Finsen-féle készülékkel elért reactio mögött el nem maradó reakciót tud elérni.

Míg Török és Schein 15–16 Ampère-nyi fénynyel dolgozott, addig ő 35–40-nel; míg Török és Schein a 2·5 cm. átmérőjű lencsére eső sugarakat ugyanolyan átmérőjű területre alkalmazta, addig szölo 3·5 cm. átmérőjű lencsén áthatoló kétszer oly nagy mennyiségű fénysugarakat 1–2 cm. átmérőjű területre alkalmazhat, úgy hogy tetemesen erősebb fénymennyiséggel dolgozhat, mint Török és Schein. Eddig 3 betegnél végzett Finsen kezelést ($3/4$ órai exponálás) a készülékkel, s a reakciók teljesen megfeleltek a Finsen-nél látottaknak.

Schein Mór: Csak azt akarja felemlíteni, hogy lesznek ezután is olyan esetek, melyekben a készüléket úgy kell alkalmazni, a hogy mi alkalmazzuk, hogy a külső plan-convex lencsét alkalmazzuk nyomó lencsének, különösen nyálkahártya-lupus esetekben pl. foghúson, kemény szájjadlason, a hova a külső plan-lencse alkalmazható. Csak az a különbség, hogy a bemutatott készülék jóval nagyobb, 40 Ampères árammal dolgozik és hogy a nyomó-készüléket elhagyja. Egyébként teljesen megfelel annak, a mit Török és szölo 2 év előtt alkalmazott.

Huber Alfréd: A Finsen eljárás sikere elég indokoltá tette, hogy az eljárás olcsóbbá tétessék. Előadásában, melyet itt tartott, megemlékezett az olcsóbb készülékekről is, és megindokolta, hogy nem használhatók. Aránylag olcsó a Lortet-Genoud-féle, de hiányzik belőle a concentrator, mely nélkül teljes siker nem érhető el. A Böke-féle készülék az olcsók közül egyike a legjobbaknak, de ez csak átvedlése a Lortet-Genoud-félen és ha a szölo által ajánlott módon még módosítják, még használhatóbb lesz. De az egész műszer célja és originalitása elvesztette értékét, mert Finsen-Reyn-nal szerkesztett egy compendiosusabb műszert, melylyel csaknem olyan eredményeket lehet elérni, mint az eredeti Finsen-féle concentratorral. Ezért a Finsen-Reyn-féle készüléket ajánlja, mely csak 20 Ampères árammal dolgozik és így még olcsóbb.

Nékám Lajos: E készülék mint gyógyeszköz egyelőre kétes értékű s annak bemutatása ebből a szempontból nem mondható szerencsésnek.

Van azonban egy másik lehetőség is, mely az azzal a nyilvánosság elé lépést indokolhatná. Ez az volna, ha a bemutató e mások által szerkesztett készüléken oly lényeges módosításokat eszközölt, olyan új principiumokat valósított volna meg, hogy a bemutatás theoretikus szempontból indokolt lett volna. És csakugyan hallottuk is, hogy a bemutató a neki készen beszállított lámpán utólag háromféle módosítást csinált:

1. A készüléket, mely tengelyeinél fogva különböző helyzetben használható, s így mozgékony és kényelmes, csak felfelé fordítva kívánja alkalmazni. Lehetetlennek tartja azonban, hogy a bemutató megmaradjon e „módosítása” mellett, mert ennek két eredménye lenne: hamar el fog pattanni a tubus lencséje, mert ily helyzetben nem a voltaiv előtt lesz, hanem föléje kerül, tehát jobban perzseltetik, másrészt elveszti a készülék egyik fő előnyét, a könnyen kezelhetőséget, s a beteget mindenféle kényelmetlen posztókba kényszeríti.

2. A voltaiv mögött levő tükröt egyszerűen eldobja. Minthogy azonban ez a tükrő a felhasználható fényt mintegy 3–4%-kal fokozza a nélkül, hogy bármilyen alkalmatlansággal járna, teljességgel érthetetlen az erről való lemondás oka.

3. A harmadik és már több figyelmet érdemlő változtatás az, hogy a készülék kis teleszkopját a voltaiv felé nem egy „plan-plan-lencsével” (ezalatt valószínűleg planparallel lemezt ért a bemutató), hanem plan-convex lencsével zárja be, oly módon, hogy ennek sík felülete a voltaiv felé tekint, domborúja a hűtővízbe merül s ezáltal azt reméli elérni, hogy a fénysugaraknak lényegesen nagyobb részét gyűjti a mellő lencsére össze. Ennek az okoskodásnak téves voltáról azonban rögtön meggyőződünk, ha elgondoljuk, hogy ily berendezés mellett itt egy domború üveglencsével, melynek 9/6 a fénytörési kitevője, egy homorú vizlencse áll szemközt 8/6 exponenssel, e lencse tehát csak 1/6, nem pedig 3/6 kitevővel convergálja az üvegből a vízbe lépő sugarakat. Az adott viszonyok között tehát háromszor domborúbb lencsét kellene alkalmazni, mint a közönséges, levegőben álló szerkezeteknél, ugyanakkor az optikai hatásnak elérésére. Vastag, domború lencsét azonban akkor, a midőn az egyik felületet a voltaiv izzítja, a másikat az áramló víz hűti, alkalmazni nem lehet, mert az csakhamar elpattanna. Eltekintve attól, hogy az ilyen vastag üveglencse tömörített ultraviolet sugarat nyelne el, a vastag kvarezlencse pedig igen drága volna, még tudnunk kell azt is, hogy a rövid sugarú, tehát erős görbületű lencsék sphaerikus excessioja is oly nagy, hogy a focusba gyűjtés helyett összezavarják a sugarakat. Itt lombikfenék vékonyságú üveg- vagy kristálylemez használandó, mely vékonyságánál fogva egyenesen melegszik át és a lánggal és a szétpattanó izzó szénrészecskéikkel való direct érintkezést is kiállja. Még az sem volna czélszerű, a lencsét domborulatával a voltaiv felé állítani, mert ekkor a total reflexio miatt a széleken még olyan sugarakat is elveszítenénk, melyek a planparallel lemezen még a merőlegeshez betöretnének. Itt egyedül az úgynevezett Fresnel-féle gyűrűalakú katadioptrikus lencsékkel lehetne több sugarat megmenteni, mint a hogy azt pl. világítótoronyokon alkalmazzák is; ezek azonban oly drágák, hogy alig jöhetnek számba.

Látványos tehát, hogy a bemutatónak nem sok szerencséje volt „modificatioival”. Czélszerűbb is lenne, ha, mielőtt a lámpán további változtatásokat tenne, a készülék alapelveit legalább főbb pontjaiban jobban méltatná. Egy cardinális tulajdonsága pl. ennek, hogy itt az elektrodok nem tompaszög alatt állnak, mint azt a bemutató hiszi, hanem derékszög alatt s csak így lehetett elérni, hogy a + polus kisugárzó krateré némiképen a lencse felé fordul. Minél tompább volna az elektrodok szöge, annál inkább kiesné az optikai tengelyből épen a legbecsesebb sugárnyaláb. Másik tévedés azt hinni, hogy a fényforrás itt egy ragyogó pont, melynek képét kellő szerkezettel egy pontra lehet vetíteni, holott fényforrásunk egy ferdén álló, mintegy $1\frac{1}{2}$ cm² izzó terület, melyről tehát pontszerű képet gyűjteni nem lehet.

Az itt levő készülék ugyanis nem egyéb, mint másolata annak az eredeti lámpának, melyet egyelőre csak kísérleti czélra készített a bőrkórtani klinika számára. Támaszkodott e megrendelésnél arra a tervre, melyet két év előtt Schein és Török urak közöltek. E tervet 40–50 Amp. erőre Böke mérnök úr átdolgozta. Ezt az újabb tervet több javítással kellett ellátni: 1. berendezéssel szén helyett hűtő fém (vas, zink, Éder-féle ötvény stb.) elektrodok alkalmazhatósága; 2. impraegnált, vastag, úgynevezett Bremer-féle szénnek számára; 3. filtráló camerával az irritáló, 3288 Angström-egységénél rövidebb hullámhosszú ultraviolet sugarak visszatartására, támaszkodva Schulek tanárnak néhány év előtt közölt kitűnő vizsgálataira; 4. egy parabolás tükrörel; az intézeti lámpára nézve, a parabola egyenletéből, $y^2 = 2px$, könnyen ki lehetett számítani, hogy e tükrő focusa 8–9 cm. között lehet s ha a voltaiv ennek focusán körülbelül 2 cm.-rel kívül áll, úgy az egész fénynek mintegy 3–4 hátravetett százaléka reflectáltatik a tubusba; 5. a készüléknek a tervezettnél alkalmasabb formát is kellett adni, mert az eredeti terv oly laposra kontemplálta, hogy a hónaljra vagy a perineumot nem lehetett volna kezelni; e miatt kénytelenek voltunk a készüléknek részről már elkészült előrészét eldobatni s keskenyebb és hegyesebbé formáltatni; végre 6. az előrészt fixálás czéljából kampókkal, az állványt alkalmas csavarokkal, a gummicsoveket védőtalpakkal stb. ellátni.

Ennyi modificatio után, melyek megtervezésében a legnagyobb érdeme Kollarits Béla kartársnak, a klinika kitűnően instruált gyakoronának volt, méltán fel lehetne vetni azt a kérdést, hogy miért nem mutattuk be mi magunk ezt a készüléket? Egyszerűen azért, mert (és reméli, hogy Basch kartárs nem fog e kijelentésért megneheztelni, hiszen a készülék tervezésében neki nem lévén része, annak hibáért sem felelős) a készülék még a kísérletezés stadiumában van s ma még sokkal vaskosabb, formátlanabb, egyes részeiben oly naivul czélszerűtlen, hogy gyökeresen át kell alakulnia, míg általános használatra ajánlható lesz. Eltekintve nagy súlyától, térfogatától, a viznek felesleges magazinálásától, a szénnek hűtésétől stb., különösen két nagy hibája van e lámpának, melyeket egy későbbi modellnél el kell kerülni: az árampazarlás, a 110 Volt-ból ugyanis csak 35–40-et

használ el, míg a többi meleggé alakul át, a min Kollarits terve szerint két egymásután kapcsolt elektrod párral lehetne segíteni; a másik a rossz hűtőberendezés, melynél fogva a tubusnak is, a falzatnak is külön vizárama van s épen a legforróbb ponton, a tubus kezdeténél, a hol még az asbest is megolvad, mindkét áram halott sarkot képez. Ezen is lehetne segíteni úgy, hogy az egész készüléket alulról felfelé egyetlen egy víztömeg áramolja keresztül.

A kérdésnek lényege azonban, s ezt Huber fejtegetésére jegyzi meg, ki azt mondta, hogy concentrator alkalmazása nélkül nem lehetséges kellő eredmény, az, hogy kellő minőségű sugarakból, főleg a kékekől és a hosszú hullámú ultraviolettekből juttassunk bőséges mennyiséget a betegbe. Ha tehát ilyen, e sugarakban gazdag elektrodokat, pl. a Reiniger-féle szenet, az Éder-féle ötvényt vagy a Fabry-Perot-féle higánypárat alkalmazzuk, ha elég közel hozzuk a voltaivet, elég áramerővel dolgozunk, az irritáló sugarakat kizárjuk, de a penetrálókat nem absorbeáljuk, úgy a komplikált concentratorra szükségünk nincsen. Ez a tér az, hol a phototherapie jövője fekszik: szétbontani a fényt homogén típusokra, ezek ertőkét egyenként meghatározni, a hatásosokat fejleszteni és gyűjteni, itt fekszik a tudományos kutatásra megnyitott tér, melyen solid és érdemes munkát lehet végezni.

Basch: Schein kartárs észrevételére megjegyzi, hogy épen a száju üreg lupusának kezelésére szerkesztett egy 10 cm. hosszú hengertoldaleket, mely a concentratorra csavarható és mely két plan-plan, 1.2 cm. átmérőjű hegyi kristály-lemez között destillált vizet tartalmaz. Ez a toldalek mint nyomási készülék alkalmazható.

Huber kartárs észrevételére az a megjegyzése, hogy nem az határoz, vajon a focusban vagy azon belül exponáljuk a beteg helyet, hanem tisztán a fény mennyisége és minősége.

Ha az a Böke-féle készülék focusán belül nagyobb, mint Finsené a focusban, akkor a focuson belül épen oly területen exponálhatni, mint Finsen a focusban. Ezt csak összehasonlító kísérletekkel lehetne megállapítani s ezekre szívesen vállalkozik.

Nékám-nak kénytelen megjegyezni, hogy feleslegesnek tartotta megemlíteni, miszerint Nékám kartárs volt kegyes Böke mérnöknek hasonló készüléket megrendelni, ez nem tartozik a tárgyhoz, ez Nékám kartárs külön ügye.

Módosításait illetőleg örülni fog, ha Nékám kartárs jobb készüléket fog szerkeszteni; felhozott módosításai azonban még nem állották ki a tűzpróbát, ez mind csak a jövő zenéje. Ezekbe egyenként bele-menni, egyelőre feleslegesnek tartja, mert ezek még csak ideák, melyek még megismerkedve nincsenek.

(VII. rendes ülés 1904. február 20-dikán.)

Elnök: Tauffer Vilmos. Jegyző: Benedict Henrik.

Szemhéjplasztika Kuhnt-féle nyeletlen bőrlebenynyel.

Leitner Vilmos: 7 éves fiút mutat be, kinek a bal felső szemhéja pótlására Kuhnt-féle anaplastikát végzett. A gyermek 1903. év szeptember 16-dikán jelentkezett első ízben a „Stefánia” gyermekkorház szemészeti rendelésén, bal szemhéjának erős daganata miatt. Anyja előadása szerint a baj ismeretlen okból néhány nap előtt keletkezett, azóta folyton rosszabbodik, s a fiú bal szemét most már nyitni sem képes. Az akkori állapot a következő volt: a bal felső szemhéj nagy mértékben megduzzadt, kemény, active egyáltalán nem, s passive is csak nehezen és kis fokban emelhető, a szemhéj egész hosszában, majdnem teljes magasságban a bőr jórészen hiányzik, s a hámtól fosztott területen sárgás-szürke erősen tapadó lepedékkel borított fekély látható. A bakteriologiai vizsgálat diphtheriát állapított meg, oltást azonban nem végeztek, mert a folyamat borsavas kötés alatt gyors javulásnak indult. Miután a szemhéj bőrének nagy része elpusztult, a gyógyulás után előállott hegek természetes zsugorodása csakhamar a szemhéj elégtelenségére vezetett, melynek megszüntetésére plastika vált szükségessé. A műtet Kuhnt, königsbergi tanár módszere szerint 1903. december 24-dikén történt. A heg kiirtása után a beteg arcának bal oldalából kiszabott bőrreszt helyeztetett a seb felületre oly módon, hogy a lebeny szélei az anyaghiány alpraeparált szélei alá csúszattattak, miáltal a varratok alkalmazása feleslegessé vált. A tapadási felület megnagyobbodása s a szemhéj rögzítése céljából az alsó szemhéj felett lehúzza az arcz bőréhez erősítették 3 varrat segítségével a felső szemhéj. A hatodik napon történt kötésváltáskor a lebeny mindenütt simán megtapadt s alácsúsztatott szélei visszahúzódtak. Azóta az áttűtetett bőrdarab csak igen keveset zsugorodott, úgy hogy az eredmény a szemhéj functioja és szépsége tekintetében kielégítőnek tekinthető.

Mindkét oldali glioma retinae.

Leitner Vilmos: 8 hónapos csecsemőt mutat be, kit szülei azon panasszal hoztak a Stefánia-gyermekkorház szemészeti rendelésére, hogy a gyermek 1 hónap óta nem lát, s azóta a szembogara sárga. A gyermek egyébként sohasem volt beteg. A vizsgálat kimutatta, hogy mindkét szem halvány, corneája ép, csarnok a rendesnél valamivel sekélyebb, az iriseken elváltozás nincs, pupillák szabályos alakúak, közep-tágak, fényre elég jól mozognak, területükből sárgás-vörös reflex jő. Tükörrel mindkét szemben egy az üvegtestet nagy részben kitöltő sárgás tömeg látható, melyen a retinális erek lefutásától eltérő több véredény is látható. Alig szenvedhet kétséget, hogy mindkét szem glioma retinae-je van jelen, egyike a szem gyermekkori legborzasztóbb, de szerencsére ritkább megbetegedéseinek. Nagyszámú esetekből összeállított statisztikák tanúsága szerint mindkét oldali glioma retinae átlag csak 1 esik

15,000 szembetegre. Az összes gliomák között azonban nem épen ritka, ha meggondoljuk, hogy általában minden negyedik-ötödik esetben mindkét szem megbetegedése forog fenn. Ezt az arányszámok mutatják, saját esetei is. Az orvos helyzete ilyen esetben igen nehéz és valóban szomorú; míg az egyik szem gliomája ugyanis feltétlenül javasoltá teszi az enucleatio bulbis vagy esetleg exenteratio orbitae, addig mindkét szem megbetegedése esetén nagy kérdés, vajon követelhetjük-e a szülők beleegyezését mindkét szemteke eltávolítására, tudva azt, hogy a gyógyulás a legjobb eseteket véve is, csak körülbelül 13%-ban várható. Bemutató azok felfogásához csatlakozik, kik a szülőköt a szomorú állapotról teljes nyíltsággal felvilágosítván, rájuk bizza a döntést, s csak a szülők kívánságára operál.

A szem elülső csarnokából eltávolított cysticercus.

Grósz Emil: 24 éves leányt mutat be, ki 10 nap előtt jelentkezett az egyetemi szemklinikán, s kinek a szem mellső csarnokából körülbelül 4 mm. átmérőjű, élénk mozgásokat végző cysticercus cellulosaet távolított el. A beteg szemén jelentkezésekor kezdődő iridocyclitis jelenségei voltak, s a visus $\frac{5}{30}$. Az eltávolítás után, mely lándzsásében át történt, a gyulladásos tünetek szűntek, s már egy hét után a látás teljessé lett. A cysticercus a szem mellső csarnokában rendkívül ritkán fordul elő (régebben 30—40,000 szembetegre egy, ma még sokkal ritkább); ha idejében nem távolítják el, a szem megvakul, a mint azt Hirschler Ignác már 1857-ben leírta.

Polypus nasi két ritkább esete.

Paunz Márk: Két ritkábban észlelhető orrpolypot mutat be. Az első eset 39 éves timár, a ki 1903. december 13-dikán jelentkezett az Általános Munkás-Betegsegélyző Pénztár orr-gégészeti rendelésén baloldali orrvérzés miatt. Beteg, kinek orra gyermekkorra óta balfelé görbült, évek óta náthás, másfél év óta hallása baloldalt megromlott és fülzúgás bántja, melyhez egy év előtt fejfájás is társult. Fél év óta baloldalt levegőt egyáltalán nem kap. A porcos orrsövény balra nagyfokú deviatiót mutat: az orrüreg baloldalt teljesen átjárhatatlan. Két kis polyp tolokodik elő a porcos orrsövény és az orr külső fala közti keskeny résen. A jobboldali orrüreg megfelelően tágabb, egyébként rendellenességet nem mutat. A rhinoskopia posterior mutatja, hogy a bal choanában nyilvánvalólag az orrüregből kiinduló daganat foglal helyet, mely felülről ráfekszik a lágyszájpadra és az orrsövényt is eltakarja. Tulajdonképpen mást, mint a szürkés-fehér lepedékes, helyenként erezett daganatot és a teljesen szabad jobboldali tuba Eustachii szájadékát látni nem lehet. Baloldalt a daganat belefekszik a tuba Eustachii szájadékába. Ennek megfelelőleg baloldalt a hallás jelentősen csökkent (társalgó hangot 4 m.-re, suttogó hangot 15 cm.-re hall) és a dobhártya behúzódtott, megvastagodott és kevésbé áttetsző. Tapintásra a daganat helyenként puha, itt-ott kissé tömöttebb, kocsanyn csüngőnek bizonyul. Kétségtelen, hogy a betegnél meglevő nagyfokú septumdeviatio folytán nőtt a polypus hátrafelé, mert arra felé talált legkevesebb ellenállást. A polypus eltávolíthatása ezéjából előbb a septum deviatiót kell corrigálnunk. Ezt P. per vias naturales 1903. év december 28-dikán cocain anaesthesiában megkísérelte, de a beállott cocainismus folytán csak a septum mobilis tételéig jutott befűrészelés által. Midőn azután jodoform tamponok segítségével a mobilis tett orrsövényt a következő napokon in situ akarta tartani, ez oly nagyfokú lázas reactióval és fejfájással járt, hogy erről a tervről le kellett mondania. Így nem marad más hátra, mint narcosisban úgy a septum deviatio corrigálását, mint a polypus eltávolítását egyszerre végezni. Ez annyival inkább szükséges, mert nincs kizárva, hogy itt malignus tumorról van dolgunk, dacára annak, hogy a mellülől eltávolított kis polypusok histológiai vizsgálata csak egyszerű lobos sarjszövetet mutatott. Utóbbi időben ugyanis a daganat feltűnően növekedik, ezért ennek gyökeres kiirtása mindenképpen indokolt. Sokkal kedvezőbb a második eset. A 21 éves rajziskolai tanuló 1904. február 15-dikén jelentkezett. Egy év óta állandóan náthás, gyakran szenved torokfájásban. Öt hónap óta orra baloldalt eldugult, hangja dünyögő. Mérsékelt hurutos tünetek az orrüregben. Jobboldalt különben normális viszonyok. Baloldalt elülről szintén nem látható semmi feltűnő; a rhinoskopia posterior azonban mutatja, hogy a bal choanát egy gömbölyded, diónyi, szürkés-fehér sima felszínű, erezett daganat zárja el, mely ugyancsak az orrüregből nő hátrafelé. Cocain anaesthesiában a polypus hideg kocsisal azonnal eltávolítottatott, a mi elég könnyen sikerült. Kitűnt, hogy a tapadás hátul az orrüreg fenekén volt. Ez volt oka annak, hogy a polypus ez esetben is hátrafelé nőtt. Legtöbbnyire ugyanis a polypusok a középső és felső orrjáratban ülnek és különösen a melléküregek szájadékai körül tapadnak nagy előszeretettel. Ezek adják az általánosan ismert oly gyakran észlelhető képet. Bemutatott eset ezektől eltérő módon fejlődött. Az eltávolítás a kedvező anatómiai viszonyoknál fogva nem ütközött akadályba.

Radiumbromiddal kezelt epithelioma-esetek.

Justus Jakab: Mivel a radiumból kiáramló sugarak között több kutató vizsgálatai szerint olyanok is foglaltatnak, melyek a Röntgen-sugarakkal egyeznek meg, többen physiologikus hatásuknak a therapiában való értékesítését kísérelt meg. A bemutatott két beteg elseje 54 éves asszony, jobb szeme alatt körülbelül körömnnyi, lapos, éles határú, barnás-vörös típusos epithelioma ült, a mikor először négy héttel rendelésén jelentkezett. A radiumbromid 25 milligrammját következőképen alkalmazta: A só kicsiny kaucsuktartóba van zárva, melynek körülbelül 3 mm. átmérőjű, csillámlemezről készült ablaka van. Ezzel az ablakkal szorította az újképlődésre a tartót úgy, hogy a radiumsót csak

1—2 mm. vastag csillámlemezre választotta el a bőrtől. Öt perczig tartott az alkalmazása. Öt nappal később a kis tumor már határozottan laposabbnak látszott, azóta folyton lapult, úgy hogy ma inkább kissé bemélyedt helyecske jelzi a tumor volt terjedelmét. Sem közvetlenül a radiumsó applicatioja után, sem később valamely reactiora valló pir, vagy exulceratio nem volt észlelhető.

A második beteget körülbelül két éve ismeri, több ízben paque-linozta a bal pofájáról az orrhátra húzódó ulcus rodens alapját és széleit. Két héttel azelőtt újra jelentkezett, mikor az orr hátán a volt paquelezés után maradt heg szélén három új göböcske látszott. Ezek közül a legfelsőt mindjárt öt percznyi radiumhatásnak tette ki és tegnapelőtt a két alsót. A felső göböcske már igen jelentékenyen lapult, a két alsó is már kisebb, mint kétszer huszonegy óra előtt volt. Reactio jelei itt sincsenek.

A chorionepitheliomáról.

Tóth István: A név jellemzi az egész kórfolyamatot, daganatról van szó, a mely a chorion hámjából fejlődik, a mely az anya szervezetét megtámadva, azt nagy bajba dönti, nagyon sokszor pusztulásba viszi. Az egész kórfolyamat megértésére ismerteti a *normális chorion-boholy szerkezetét*. A boholy áll stromából és ezt fedő hámából, a hám ismét két elemből áll, úgy mint a Langhans-féle sejtrétegből és syncitiumból, mindkettő foetális eredésű, az ectodermából származik. A chorionboholy pathologikus elváltozásának ismert alakja a *mola hydatidosa*, a mi a hám mindkét rétegének enormis burjánzásából magyarázható. Egy magasabb foka a pathologikus elváltozásnak a mola destruens, a mikor a burjánzó chorionhám betör az anyai szövetekbe, erekbe, a méh falának pusztulását okozva. S most csak még egy lépés, hogy a helyi betegség kilépjen a körből, inficiálja a szervezetet azon az úton, a melyet a malignus daganatok is nem egyszer használnak fel, tudniillik a vérek útján és előttünk áll a chorionhámából fejlődött alképlet, a *chorionepithelioma*.

A dolog történeti fejlődésének tárgyalása után a már csaknem általánosan elfogadott Marchand-féle felfogását az alképletnek írja le, a mely szerint kétségtelen, hogy az alképlet foetális eredésű, epitheliális characterű s különbözik az eddig ismert alképletektől. A chorionepitheliomában, különösen annak típusos alakjaiban jellegzetesen felismerhető a chorion hámja, úgy az L-féle sejtréteg, mint a syncitium; jellemzi ezenkívül az alképletet a saját ereknek és kötőszövetnek teljes hiánya, a szövetközi nagy vérzések, szabálytalan vérűrok jelenléte és a tisztán vérek útján való továbbterjedés. A chorionepithelioma a *terhesség kíséretében* lép fel, rendes szülés, abortus, tubáris terhesség és leggyakrabban molás terhesség után. Rendesen a pete megtapadási helyén, tehát a méhben jelenik meg a primaer megbetegedés, de lehet a genitális apparatus más részén, vagy a tüdőben, agyban stb. a primaer gócz a nélkül, hogy a méh megbetegedett volna.

Részletesen leírja a II. női klinikán észlelt két esetüket: a korai abortus után a portión lépett fel a primaer alképlet; dacára a méh teljes kiirtásának négy hónappal a műtét után agyembolia következtében halt meg a beteg. Másik esetükben szintén abortus után úgy a méhben, mint a hüvely alsó szakaszában megjelent az alképlet, a beteg operálásba nem egyezett bele s most tüdőmetasztasisal in ultimis van.

Ezen alképlet aetiologiai magyarázatára nagy jelentőségű azon beigazolt tény, hogy a chorionboholy, illetőleg anyai részei physiologikus viszonyok között is bejutnak az anyai véráramba s ott továbbterjednek, a szervezet védelmi apparatusa azonban megküzd velük. Pathologikus viszonyok között azonban az elhúzódt boholyhámnak enormis burjánzása a legkülönbözőbb szervekben alképlet képződéséhez vezet. Így magyarázhatók azon esetek, a hol primaer góczot találnak különböző szervekben a nélkül, hogy a pete megtapadás helyén bármely pathologikus elváltozás volna.

A mikor már így tisztázódva látszottak a dolgok, nagy meglepetésre jöttek a közlések, hogy férfnál a here teratomájában találtak chorionepitheliomát, majd virgonál a petefészekdaganatban, tehát a terhesség kizárása mellett, azonban ezen eseteknek is meg van a magyarázata, tudniillik ezen chorionepitheliomák nem származnak ugyan chorionboholy-hámából, hanem létrejönnek abból, a miből a chorion hámja is eredett, az ectodermából.

Ez új alképlet határozottan malignus, 55—60%-ban halálos a kimenetel, mégis a carcinomával malignitás szempontjából egyáltalában nem hasonló jelentőségű, a mennyiben esetek vannak ismertetve, a hol tökéletlen kiirtások gyógyulásra vezettek, avagy az egyik szervben levő gócz meggyógyult. Ma még a mikroszkopikus vizsgálat sem tudja eldönteni előre a daganat malignitásának különböző fokát, a mennyiben a benignusnak látszó mola hydatidosától a legrosszabb indulatú chorionepitheliomáig nagyon sok az átmenet s így a prognosis biztosan fel nem állítható.

Mai ismereteink szerint eljárásunknak ez alképlettel szemben épen ezen okból radikálisnak kell lennie, mivel a korán operált esetek statisztikája határozottan kedvező. Fontos tehát az alképlet korai felismerése is.

Az Orvosegyesület elé hozta e kérdést, hogy felhívja reá a figyelmet, miután minálunk alig egy-két eset ismert és irodalmilag közölt, dacára annak, hogy az egész művelt Európa orvostársulatai foglalkoztak ez újonnan felismert betegséggel. Felhívja a gyakorló orvosokat arra, hogy különös figyelemmel kísérjék azon betegeket, kiknél mola terhesség gyanúja van, vagy a kiknél ilyen folyt le. Nagy gondossággal vizsgálandók nemkülönben a késői gyermekágyi vérzések alkalmával, abortusok után a méhüregből kikapart szövetrészeket.

A chorionepitheliomával a dolog természeténél fogva találkozni fog nem egyszer nemcsak a gynaekologus, hanem a belorvos, sebész is.

Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(1903. évi november hó 12-dikén az új szent János kórház sebészeti osztályán tartott ülés.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyzők: Haberern Pál, Dapsy Viktor.

(Vége.)

A világra hozott csipőizületi ficzam gyógykezelése körül szerzett tapasztalatok.

Horváth Mihály: Statistikájának ismertetése után 57 esetének kezelése közben szerzett tapasztalatait tárgyalja, s ezek közt felemlíti, hogy eseteiben a végtagrövidülés $\frac{1}{2}$ —8 cm. között váltakozott.

A túlságos könnyű repositio egyértelmű a rendkívül bizonytalan retentioval. 3—4½ cm. mellett a repositio prognosia legjobb. 5—7½ között nagy óvatossággal megkísérlendőnek tartja a helyreigazítást. Ezenfelül azonban 9 cm.-nyi rövidülés már kizárja a repositiot. A retentio legnagyobb biztosítékát a lágyrészek feszültségének teljes kihasználásában tartja. Rendszerint addig vár a műtétet, míg a rövidülés a 3 cm.-t megközelíti. A lábat kivétel nélkül 90°-os abductioiban és hyperextensioiban köti be. Az esetben, ha a hosszas rögzítés miatt merev marad az izület, ezt magára hagyja, mert minden erőszakos beavatkozás nélkül is javul a láb állása. Jelenleg a rögzítési idomok tartamának megrövidítésével kísérletezik. Eredményei még nem véglegesek. Reluxatio esetén akkor ismétli meg a műtétet (főleg fiatal gyermekeknél), ha a rövidülés ismét nagyobbodik. A műtétet megelőző permanens vagy csavarnyújtást elhagyta. Oly esetben, midőn a repositio már nem lehetséges, fűzöt alkalmaz, melyet a trochantert támasztó pelotával lát el.

Kopics Jenő: Nagyjában osztja előadó nézetét. Maga is híve Lorenz eljárásának, azonban csakis egész fiatal gyermekkorban tartja eredményes eljárásnak, mert legtöbbször e korban lehet anatomikus repositiót elérni. Azon eseteket, melyeknél a fejecsk az izületi vápa körül helyezkedik el, de a fejecsk azzal érintkezésben nincs, nem tartja gyógyult eseteknek, mert 1. ficzamodás áll fenn továbbra is; 2. a végtag functioja többé-kevésbé zavart; 3. nincs semmi garantiánk arra, hogy a fejecsk új helyén állandóan ott marad. Fiatal gyermekeknél a teljes gyógyulás feltételei megvannak. Az izületi vápa még tágulásra, illetve a kívánt fejlődésre plastibilitásánál fogva alkalmas, másodlagos elváltozások, mint alapváltozások a medenczén és a csomócsont mediális végén még nincsenek, valamint az izomzat még nem zsugorodott, a miért is a repositio a nélkül, hogy bármely veszélynek tennék ki a gyermeket, könnyen sikerül.

Be kell ismernünk, hogy a jó eredmény biztosan még e korban sem ígérhető meg, mert más okok is megghiúsíthatják azt, mint pl. erősen fejlett lig. teres jelenléte, mely az acetabulum és fejecsk között fekszik, megakadályozva a közvetlen érintkezést. A kötés alkalmazásánál a végtag abductiojával összhangban kell lennie a rotationak. Erős abductio a lefelé rotatio elősegítheti a reluxatiót, míg kisfokú adductio mellett a kifelé rotatio könnyen luxatio pubicához vezet. Szólv az első kötés után rövid időre második gipszkötést is alkalmaz mintegy 45° adductioiban. A kötés végleges eltávolítása után szintén nem alkalmaz gépet.

A közvetlen megterheletésre alkalmas amputációs csontokról.

Manninger Vilmos: Az alsó végtag amputációs csontját közvetlen megterheletésre alkalmassá három eljárással tehetjük: a csontvég osteoplastikus fedésével (Bier, Gleich, Eiselsberg, Bunge), a csontcélsejterű utókezelésével (Hirsch eljárása), végül a Budge-féle eljárással. Míg az osteoplastikus eljárás terjedésének az operációs technika körülményessége állta útját, a Hirsch-féle módszernek az időkezelés hosszadalmassága, orvosa, betegre egyaránt fárasztó volta szabta szűkre határait.

A Budge-féle eljárás technikája a következő:

A bőrlebens kimérésére, megalkotására a régóta ismert szabályok mérvadók. Legezészerűbb nagy elülső és kisebb hátsó lebeny készítése, mert ezáltal a bőrforradás a támaszkodási felületen kívül esik. Az izmok átmetszése után a csontthártyát azon a helyen, hol a csontot el akarjuk fűrészelni, átmetszszük és distális irányban letoljuk. Ennyiben tőr el a csontkészítés a régebbi eljárástól. A csontokat átfűrészelve, a csontvelőt 1—2 cm.-nyire kikanalazzuk és az erek ellátása után a bőrt egyesítjük.

Ez eljárás előnyei a következők:

1. A Budge-féle csont készítése technikailag legegyszerűbb.
2. Aseptikus gyógyulás mellett közvetlen megterhelésre alkalmas.
3. Az osteoplastikus csonttal szemben még az az előnye, hogy 4—5 cm.-rel hosszabb (mert megtarthatjuk az osteoplastikus lebeny készítésére szükséges 4—5 cm. sipcsontdarabot).
4. Utókezelése igen egyszerű, mert mindössze korán kell ideiglenes prothesist készíteni.
5. Olcsó és egyszerű végleges prothesissel munkára alkalmas csontot eredményez.

E tételeket bemutató hét idevágó, gyógyult eset bemutatásával igazolja. Végül kitér az ideiglenes prothesis és végleges faláb készítésének technikájára.

(Ülés 1903. november 17-dikén.)

Lovrich Sándor: Bemutja az Irgalmasrend új kórházát, főleg annak sebészeti osztályát.

Közkórházi orvostársulat.

(XIV. bemutató ülés 1903. december 9-dikén.)

Elnök: Hirschler Ágoston: jegyző: Juba Adolf.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének bitelesítésére felkéri Körmöczy Emil és Hochhalt Károly tagtársakat.

Lövés a jobb oldali fülbe.

Böke Gyula: K. K., 22 éves, lakatos, bemondása szerint folyó évi október hó 30-dikán 12 mm.-es revolverrel előbb szájába, azután jobb fülébe lőtt, mire elkábult és szájából vér folyt. A mentők a szent Rókus-kórházba szállították és itt a vérzés szájából, kivált ha hanyatt feküdt, még néhány napig tartott. Száját nehezen és fájdalommal tudja nyitni, a beszéd és a rágás akadályozott. A jobb arczfél, különösen a fül előtti terület az alsó állkapocs széléig erősen duzzadt, nyomásra rendkívül érzékeny. A kemény szájpadlason a középvonalnak megfelelően körülbelül 2 cm.-nyi átmérőjű, fekete udvarral körülvett lőtt seb található. A jobb fül külső hangvezetékének nyílása körül 2 cm. átmérőjű tatóngó sebet lehet látni, mely beszáradt váladékpörkkel van fedve. Ennek letisztítása után látható volt, hogy a lövés a tragust majdnem egészen elpusztította, a löcsatorna 2 cm. hosszú, mell- és kissé lefelé halad, genyes váladékkal és elroncsolt szövetrészekkel van kitöltve, fenekén a sonda az állkapocsnak érdes felületű, mozgatható fejcsét tapintja.

A lösebb mögött és felett a külső hangvezeték csontos csatornájának a lágyrészek által eltakart nyílását csak nehezen lehetett megtalálni, miből azt lehetett következtetni, hogy a golyó a szó szoros értelmében vett hallószervet érintetlenül hagyta; a lövés által a tragus és a Santorini-féle porozok mellő részei lettek elpusztítva. Ezen leletnek megfelelően a hallóképesség nem semmisült meg, az csak csekély fokban csökkent, és pedig az által, hogy a löcsatorna genyes váladéka a külső hangvezeték nyílását némileg betemette; a hallóképesség sértetlensége lehetetlen volna, ha a golyó a külső hangvezetékén át a szájüregbe és ezen át a sziklacsontba hatolt volna.

Ezen esetből következtetve, lehetségesnek tartja szóló, hogy öngyilkosok által a fülbe lőtt golyók mind ezen irányban haladnak, minthogy ők a fegyvert inkább mellfelé tartják, semhogy azt céltudatosan hátrafelé irányítanák, már pedig csakis ily irányban juthatna a golyó a dobüregbe, vagy a külső hangvezeték csontos falába.

A golyót, melyet a fül nyílásába lőtt, Stein kartárs, a szent Rókus-kórház Röntgen-laboratóriumának vezetője nem találja, valószínű, hogy az vagy a lágyrészekben, vagy a csontban van beágyazva. A november 30-dikán megejtett vizsgálatnál egy ellapult golyót a keményszájpad felett az I-ső csigolya teste előtt és felett a koponya-alapon, a középvonaltól jobbra lehetett látni; ez a szájba lőtt golyónak felel meg.

Előadó véleménye szerint a löcsatornának nyitva kell maradnia és a sebfelületnek behámozódni, mert ha ez el nem érhető, attól lehet tartani, hogy a löcsatorna benövésével a külső hangvezeték nyílása is elzáródik, mit a hallóképesség megtartása és a dobüregben fellépő lobos bántalmak elkerülése céljából meg kell akadályozni.

A fül epitheliomája és a radiumkezelés.

Böke Gyula: E. E., 21 éves hajadon, folyó évi október 17-dikén vététt fel a szent Rókus-kórház fülbeteg-osztályára; panaszát ekkor rendkívül heves jobb oldali fülfájdalom és az képezte, hogy úgy füléből, mint kagyló mögötti sebéből bőségesen bűzös geny folyik és e miatt hosszabb idő óta aludni sem tud. A beteg egészen lesoványodott, bőrszíne feltűnően szürkés-fekete, a mi állítása szerint azóta támadt, hogy féltéken a Röntgen-sugarak alkalmazásával akarták fül mögötti sebet gyógyítani.

Felvételnél a jobb oldali processus mastoideusból kiinduló 6—7 cm. mély és körülbelül 2 cm. széles sebfelületet lehet látni; a fülkagyló csak felül lent és mellül függ össze az öt környező szövetekkel, hátrafelé egészen szabadon áll és a mély sebet határolja, melybe sondaival behatolva, constatálható, hogy a csecsnýjtvány nagy része a dobüregig, a meatus auditorius externus hátsó fala hiányzik, az egész üreg sarjakkal van kitöltve és belőle rendkívül bőséges híg, szürkés sárga geny ömlik. A sondaival való vizsgálat rendkívül fájdalmat okoz. A tragus megvastagodott, rajta három helyen alig kiemelkedő, kifoszlott, sárgás-barnás göbese látható.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

Hydrotherapiában jártas fiatal keresztény orvos a nyári hónapokon át fürdőhelyre kerestetik. Bővebb felvilágosítást ad Dr. Müller Károly orvos Makón.

5219/903.

Máramaros vármegye taracsvízi járásához tartozó Taraczköz, Nagykirva, Bedőháza, Kiskirva, Nyágova, Kőkenyes, Irhóc, Kerekhegy, Nyéresháza, Taraczkőfalú, Széleslonka, Gánya, Pelesalja és Tereselpatak községekből álló és Irhóc székelylyel rendszeresített közegészségügyi körben üresedésben lévő 1200 korona

évi fizetéssel javadalmazott **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a szerint felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb **márczius hó 25-dikéig** annyiával is inkább nyújtsák be, mert az elkészen beérkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A látogatási díjak kölcsönös megegyezéssel a választás megnyitása előtt fognak megállapítani.

A választás határnapját később fogom közzétenni.

T a r a c z k ö z, 1904. évi február hó 19-dikén.

Hatfaludy Sándor, főszolgabíró.

Családi körülmények folytán üresedésbe jött **Beő** (Sopronmegye) székhely-lyel, melyhez még 11 község tartozik, a csepregi járás főszolgabírája 342/904. sz. a. pályázatot hirdetett.

A körorvos javadalmazása a vármegye pénztárából utólagos évnegyedi részletekben fizetendő 600 korona évi fizetés és 360 korona fuvarátalány. A pályázni kívánók felhívtnak, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítéseket, életkorukat, eddigi esetleges közszolgálatukat igazoló bizonyítványokkal felszerelt s kellően bélyegzett pályázati kérvényüket **f. évi márczius hó 10-dikéig** a járáshatósághoz terjesszék be.

Beő község a körorvosnak 5 szobából álló, megfelelő mellékhelyekkel bíró ingyenes lakást ad 2 évig, mely kedvezmény esetleg továbbra is kiterjed.

A választás Beőben f. év márczius hó 10-dikén délelőtt 9 órakor a körjegyzői irodában fog megtartatni.

Beő, 1904. évi február hó 25-dikén.

Kovács József, körjegyző

Horváth Imre, bíró.

2518/904. szám.

Borsod vármegye tulajdonát képező miskolci „Erzsébet” közkórházban lemondás folytán megüresedett s kinevezés útján betöltendő évi 800 korona készpénzzel, valamint teljes ellátással (kórházban szabad lakás, fűtés, világítás, ki- szolgálat és ellátás) javadalmazott egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A kinevezés tartama 3 évre terjed, mely időtartam azonban meghosszabbítható. Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 1. §-a vala- mint 9. §-ának II. részében előírt képesítéseket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt, s a V. Ü. Sz. 4. §-ának megfelelőleg Borsod vármegye fő- ispánjához címzett kérvényüket hozzám folyó évi márczius hó 6-dikának d. e. 12 órájáig annyiával is inkább adják be, mivel a későn érkezett kérvények figye- lembe vételét nem fognak.

Miskolc, 1904. évi február hó 13-dikén.

Tarnay Gyula, alispán.

A pesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekórházában egy 800 k. évi fizetéssel, lakással és teljes ellátással járó **alorvosi és 600 k. évi fizetéssel, lakás- sal és teljes ellátással járó segédorvosi állás** betöltendő.

A folyamodványok születési bizonyítvánnyal, orvosdoktori oklevél-máso- lattal és az eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelve **f. évi márczius hó 12-dikéig** a pesti izr. hitközség titkári hivatalához (VII., Sip-utca 12) nyújtandók be. Budapest, 1904. évi február hó.

A pesti izr. hitközség előjárósága.

4137/904. szám.

A szigetvári járásban elhalálozás folytán megüresedett évi 1000 korona fizetés és 600 korona úti általánnyal javadalmazott **járásorvosi állásra** pályá- zatot hirdetek.

Felhívtnak mindazok, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képességeket és a tisztiorvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt főispán úr ömeltóságához címzett kérvényüket alulírottakhoz folyó évi márczius hó 10-dikéig annál is inkább nyújtsák be, mert a később beérkező pályázati kérvények figyelembe nem vétetnek.

Kaposvár, 1904. évi február hó 22-dikén

Sárközy Béla, Somogy vármegye alispánja.

3093/904. szám.

Arad vármegye közkórházánál újonnan rendszeresített **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A másodorvosi állás javadalmazása 1400, azaz egyezernégyszáz korona évi fizetés, a közkórház belterületén szabad lakás, mely áll egy szobából. Ezenkívül fűtés, világítás.

A kinevezés ideiglenes, a mennyiben ezen állás két évi időtartamra lesz betöltve.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. pontjában előírt képesítéssel bírnak, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám, Arad vármegye alispánjához, folyó évi márczius hó 20-dikáig terjesszék be.

Arad, 1904. évi február hó 20-dikán.

Az alispán helyett:

Schill József, főjegyző.

1904/138. szám.

A rézbányai m. kir. bányahivatalnál a X. fizetési osztály 3. fokozatába sorozott 1600 korona évi fizetéssel, természetbeni lakással, esetleg törvényszerű lakpénzzel, 54 ürköbméter tüzfajárandósággal, valamint az 1904. évi I. törvény- cikkekben megállapított 400 korona személyi pótlékkal javadalmazott, kézi gyógy- szertártartási kötelezettséggel egybekötött **bányaorvosi állásra** ezennel pályázat hirdtetik.

Felhívtnak azok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeg- gel ellátott folyamodvényaikat előjáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állanak, az illetékes főispán vagy polgármester útján jelen hirdetésménynek a Budapesti Közlönyben való első megjelenésétől számított három hét alatt a pénzügyminisztériumhoz címezve alulírott hivatalhoz nyújtsák be. Később- ben beérkező folyamodványok tekintetbe nem vétetnek.

Folyamodók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni, illetőleg mindazon kellékeket kitüntetni, melyek a kiírt állomásra megkívántatnak, nevezetesen:

1. Családi s keresztneveiket, honosságukat, születési helyüket, életkorukat, vallásukat, családi állapotukat;
2. megszakítás nélküli előéletüket;
3. nyelv- s szakismereteiket, netáni technikai vagy kórházi szolgálataikat;
4. erkölcsi magaviseletüket;
5. hogy katonai kötelezettségüknek miként feleltek meg;
6. hogy oly egészségi állapotban vannak, miszerint a szolgálattal egybe- kötött köteleességek teljesítésére teljesen képesek.

A kinevezés, ha az illető nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik s a véglegesítés csak egy évi próbaszolgálat után követ- kezik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó kötelezettségeknek minden tekintetben megfelel.

Vége megjegyeztetik, hogy a bányaeorvosnak Rézbánya székhelylyel helyet- tes járásorvossá való kinevezésre is kilitása lehet, a mennyiben a kinevezendő bányaeorvos ezt az ideiglenes jellegű állást a kincstári bányaszat és az állami orvosi szolgálat érdekeinek hátránya nélkül betöltheti, annak ellátásáért 980 kor. külön évi fizetés, valamint az oltás, törvényszéki boncolások és beteglátogatások alkalmával felmerülő szabályszerű díjak is biztosítottak az állás felett rendel- kező Bihar vármegye közönsége, illetőleg a kinevező főispán részéről, önként értetődően, hogy mivel a járásorvosi állás feletti rendelkezés a vármegye autonóm jogkörébe tartozik, a teendőket és hatáskört is e tekintetben a vármegye álla- pitja meg.

Rézbánya, 1904. évi február hó 17-dikén.

M. kir. bányahivatal.

2620/1904. szám.

A nagybecskerek „József” közkórháznál 1000 korona évi fizetéssel, szabad lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állás** meg- üresedvén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Az ezen állásra pályázók szabályszerűen kiállított kérvényüket, valamint képesítéseiket igazoló okmányaitat hozzám f. évi márczius hó 1-jéig sziveskedjenek beküldeni, mert később beérkező folyamodványok figyelembe vehetők nem lesznek. Nagybecskerek, 1904. évi február hó 9-dikén.

Az alispán.

3-2

2719/904. k. i. szám.

A beregszászi vármegyei közkórháznál üresedésben lévő **segédorvosi állásra**, mely évi 1400 korona fizetéssel van egybekötve, pályázatot hirdetek.

Felhívtnak azon orvosok, kik az állást elnyerni óhajtják, hogy kellőleg felszerelt kérvényeiket márczius hó 31-dikéig az alispáni hivatalhoz (Beregszász) nyújtsák be. — Orvosi gyakorlat megengedtetik s a kinevezés véglegesnek fog tekintetni.

Beregszász, 1904. évi február hó 15-dikén.

Jobszty Gyula, alispán.

2-2

948/904. ikt. szám.

Gádoros községben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot nyitok. Az állás javadalmazása: évi 1000 korona készpénzfizetés, 4 szoba s meg- felelő mellékhelyekkel álló természetbeni lakás, szabályrendeltileg megállapított látogatási díj, a mely az orvos lakásán nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér; a beteg lakásán nappal 60 fillér, éjjel 1 korona; halottkémlelért járó díj 40 fillér. A meg- választott orvos a községbeli vagyontalanokat díjtalanul tartozik gyógykezelni.

Az oklevéllel s eddigi alkalmazást igazoló bizonylatokkal felszerelt pályá- zati kérvények hozzám folyó évi márczius hó 31-dikéig beadandók.

Oroszáza, 1904. évi február hó 14-dikén.

3-2

Ambrus Sándor, főszolgabíró.

A „Klotild” első magyar vegyipar részvénytársaság gyári betegse- gélyző pénztárának igazgatósága a megüresedő orvosi állásra ezennel pályá- zatot hirdet.

A pályázótól megkívántatik:

1. hogy orvosi képesítését a budapesti egyetemen, vagy a bécsi egyetemen nyert és honosított doktori oklevéllel bizonyítsa;
2. hogy a sebészet, belgyógyászat és szülészeti terén megfelelő gyakorlattal rendelkezzen;
3. hogy egy szláv nyelvet feltétlenül beszéljen.

Az állás díjazása:

1. évi 1600 korona fizetés.
 2. évi 500 korona lakásatálány; (a lakás idővel esetleg természetben.)
 3. megfelelő fűtési és világítási illetmény természetben.
- Azonkívül jogában áll az orvosnak, hogy az itteni mintegy 6000 lakossal bíró községben, hol csak egy orvos van, szabad gyakorlatot folytathasson, oly idő- ben, midőn a betegsegélyző pénztár által igénybe véve nincsen.

A pályázatok fentnevezett igazgatósághoz Nagy-Boeszkóra folyó évi május hó 31-dikéig nyújtandók be.

Nagy-Boeszkó, 1904. évi február hó 15-dikén.

3-2

„Klotild” első magyar vegyipar részvénytársaság.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
febr. 29.	közs. o.	Zsadány	1000 k., 200 k. lakbér	Markovits K. fszb. Cséffa.
„ 29.	közs. o.	Kiskér	800 k., kézi gyógytár	Széchenyi Tamás dr. fszb., Bács-Kula.
márc. 1.	körorv.	Érendréd	1200 korona	Jeszenszky B. főszolg., N.-Károly.
„ 6.	körorv.	Tinnye-Perbál	1220 korona	Geréby Imre fszb., Bia.
„ 10.	rend. o.	Gyergyó-szt.-miklós m. k.	1000 korona, lakás	Csikmege főispánja.
„ 15.	körorv.	Bajmócz	1600 korona	Filberger Gyula dr. fszb., Privigyé.
„ 20.	közs. o.	Légrád	1200 korona	Viosz fszb., Nagy-kanizsa.

HIRDETÉSEK.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^rEGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rachitis.
Kapható minden gyógyszerárban.

SYR. FERR. POLYBROM. CUM. ARSEN. SEC. RADITZ.

(100 gm. tartalmaz 20 gm. vasat, 60 gm. K. Na. amon. brom. és 0.005 arsen).

Kellemes ízénél fogva
felülmul minden eddigi forgalomban levő hasonló készítményt.

Javalva van:

Általános idegbetegségeknek, általános gyengeségi állapotoknál mint tonicum és fertőző betegségek után a reconvalescentia szakában. Általános anaemiáknál és chlorosis eseteinél nemcsak a vérszegénységet gyógyítja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat.

Készíti és kapható:

Raditz Ignác

„Fehérkereszt”-gyógyszertára

Budapest, IV. kerület, Fővám-tér 6. szám

a központi vásárcsarnokkal szemben,
valamint minden gyógyszertárban.

Főraktárak: Török József, Dr. Egger, Thalmyer és Seitz, Budapest.

MÁLNÁSI MÁRIA-FORRÁS

TERMÉSZETES ALKALIKUS SÓS SAVANYVÍZ
A TOROK GÉGE ÉS LEGCSŐ, A GYOMOR ÉS BELHUZAM HURUTOS ÁNTALMAINÁL A TUBERCULOSIS MINDEN STÁDIUMÁBAN PÁRATLAN HATÁSÚ; A SELTÉRSI ÉS A GLEICHENBERGI VIZEKET JÓVAL FELÜLMULJA.
BÉSEI VEZÉRKÉPVISELŐSÉG: NÁDAS MÁRTON, DESSEWFFY-UTCA 41, TELEFON 238
KAPHATÓ: LUX MIHÁLYNÁL MÚZEUMKÖRÚT 7 (TEL. 672), MINDEN GYÓGYSZERTÁRBAN - DROGUERIÁBAN ÉS FÜSZERKERESKEDÉSBEN KÜTKEZELŐSÉG BRASSÓ.

Chologen

Tabletták 1, 2, 3. sz. — Név törv. védve.

A cholelithiasis gyógyítására, — Dr. Rob. Glaser szerint, — Muri (Aargau). —
(Correspondenzl. f. Schweizer Aerzte, 1903. évf. 3. sz.)

Irodalom ingyen és bérmentve
az egyedül megbízott gyáros által:

Physiolog. chemisches Laboratorium Hugo Posenberg

Berlin, W. 50. Spichernstrasse 19

A Chologenszerek valamennyi gyógyszertárban, de csakis orvosi receptre kaphatók. Ara K. 3.60 dobozonként bármely számú (100 db tart.) tabl.

Vegyí, görcsövézeti és bacteriologiai ORVOSI LABORATORIUM

1900. május 1-től VI., Andrassy-út 50. (Oktogon-tér).

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudátum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

PERDYNAMIN

állati vasas-fehérvér.

Olcsó, izletes, jól szedhető, étvágygerjesztő.

Orvosok által melegen ajánlva:

Sápkórság, phthisis, vérszegénység és lábadozás alatt.

Kapható a gyógyszertárakban. 1—2 evőkanálal 2—4-szer naponta.

H. BARKOWSKI, Berlin O. 27., Alexanderstrasse 22a.

Mintákat és irodalmat ingyen és bérmentve küld a vezérképviselőség:
Chem.-diätet. Laborat. Camillo Raupenstrauch, volt gyógyszerész, Wien, II., Castellezgasse 25.

LASSNITZHÖHE

Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet ideg betegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Felvilágosítással szívesen szolgál a kezelőség.

Prospektusok díjmentesen.

CONTRATUSSIN

„BAYER”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a
VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrassy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Chemische Industrie A.-G.

ST. MARGRETHEN (Svájc)

ajánl

Tabulettae compressae

internae, externae, veterinariae, hypodermicae, organo-therapeuticae, dentales, ophthalmicae és technicae.

Különlegesség: Könnyen oldó **sublimatum**.

Kívánatra különféle keverék előállítása elvállaltatik.

Főraktár: CSILLAG-gyógyszertár, BUDAPEST.

Árjegyzékek és irodalom ingyen és bérmentve küldetnek.

Kefir

Vezető orvos:

Dr. Székely Ádám.

legtökéletesebb tápszer, ajánlva különösen tüdő-, gyomor- és vesebajoknál, chlorosis és anaemiáknál s minden nagyobb betegség alatt és után. —

Gyors erő- és súlyszaporodás. Kellemes üdítő íze miatt azok is szívesen

iszzák, kik a tejet nem tűrik.

Budapesten naponta házhoz szállít és vidékre kefirgombát küld a

KEFIR-INTÉZET

Budapesten, VI. kerület, Teréz-körút 31. szám.

Sérvkötészeti intézet.

Polatschek Hugó
haskötő - speciálista

Budapest, VIII., Vas-utca 19. sz.

Ajánlja a tisztelt orvos uraknak módosított haskötőt, méret vagy előírás szerint. Továbbá laparotomia — betegágyas — haskötőket, köldökfűzőket, sérvkötőket szakismerettel készít.

Árjegyzéket kívánatra küldök.

Számos elismerés.



NERVINOL

sec Barabás

Idegcsillapító- és idegerősítő-gyógyszer

kitűnően bevált

álmatlanságnál, neuraszténianál, hisztériánál és egyáltalán az idegrendszer mindennemű kimerüléssel bántalmazásainál.

Többszörösen kipróbálva.

Kapható minden gyógyszerárban; fő- és szétküldési raktár:

„Szent-István“ gyógyszerár

Budapest, V. ker., Nádor-utca 3. szám.

COLLARGOLUM. (Credé-féle oldható ezüst.) Mint kenőcs (Unguentum Credé) ezüst-kenőkrához, oldatban intravenosus és per rectum, injectiók részére fertőzőségi betegségeknek.

ITROL. Antiseptikus sebkezeléshez, szemgyógyításhoz és nemi bajok ellen. Legolcsóbb ezüst-készítmény a gonorrhoea kezelésére.

ACOIN. Helyi anaestheticum a sebészet, szemészet és fogoperációk részére. Kevésbé mérgező és tartósabb hatású mint a cocain.

Acetylsalicylsav. — Solveol.

Próbákat és irodalmat küld: (O. H. 6.)

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

RICHTER GEDEON gyógyszer-készítményei
Budapest, IX., Üllői-út 105.

Lecithin Richter

Friss tojássárgájából előállított természetes glycerophosphat (40% szervesen kötött phosphor). Javallatok: Neurasthenia, angolkór, tuberculosis stb. A testsúlyt rohamosan növeli.

Adagja: naponta 3 × 1—4 tableta. — Ára 5 ctgros tabletták üvegje 5 kor., 2 1/2 ctgros tabletták üvegje 4 korona.

Ol. Jecoris Aselli c. Lecithinosec. Richter.

Kitűnő hatású görvélves, rhachitikus gyermekeknek. Napi adag: 3—6 kávéskanál. Üvegje 3 korona.

Lactolecithin Richter.

Lecithines tejzucker-por a lecithin kitűnő adagolási alakja a gyermekgyógyászatban.

Minden kávéskanál 0.05 lecithint tartalmaz. Egy üveg ára 2 korona.

Tonogen Suprarenale Richter

Solut. 1:1000.

A mellékvese vérzéscsillapító, vértelenítő hatóanyaga. Nagy üveg (30 gr.) ára 5 korona, kis üveg (15 gr.) ára 3 korona.

DR. R. STEINBERG ismét gyakorol: **MERAN** (tavasz és őszi).
REICHENHALL és GROSSGMANN (nyáron). SAN-REMO (december—március).

Zörv. védve! **„SCABIOL“** Zörv. védve!

(Rüh-szer.)

Biztos hatású szer rühkóról és minden más viszketéssel járó bőrbetegségnél. Több kórháznál kipróbálva, állandóan alkalmazták. Ruhaneműt nem piszkítja! Kellemetlen szaga nincs! Egy üveg ára 1—2—3 korona.

Készíti: **Pokorny Géza** gyógyszerész, Marosvásárhely.

Szénsavfürdő-berendezéseket szállít és felszerel

Dr. Wagner és Társai Egyesült gyárak m. b. t. cég

Budapest, IX., Tinódy-utca 3. sz. alatti gyártelepe.

A fürdők kitűnő győgeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatoriumokban be vannak vezetve. Prospektusok ingyen és bérmentve.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, gócsói és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint gócsói bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

Dr. VAS BERNÁT a laboratórium vezetője.

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13—15. szám.

Jznélküli chinin-készítmények.

Chininum tannicum ins. neutr. Rozsnyay teljesen neutralis, iznélküli készítmény, gyermekeknek hideglelés, váltóláz, szamarhurut és bélhurut esetében ajánlatos.

Mixturában savakkal vagy lúgos hatású szerekkel nem rendelhető.

Rozsnyay chinin-cukorkája.
Rozsnyay chinin-csokoládéja.

Minden egyes darab 0.20 gm. chininum tannicum ins. neutr. tartalmaz és ez megfelel 0.08 gm. chininum sulfuricumnak.

Kapható minden gyógyszerárban.

Készíti:

Rozsnyay Mátyás gyógyszerár a Szentháromságához
Aradon, Szabadság-tér.

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Ártalmatlan, biztosan ható szer

szamarhurut, légcső- és gégehurutok ellen.

Irodalom Németország és Ausztria-Magyarország legelső szaklapjaiban.

Orvosi vélemények:

Prof. Dr. Ernst Fischer. (Strassburg):

A „Pertussin“ hatása meglepő volt; s ha nem is mondhatom, hogy a hőkhurut néhány nap alatt egyszerű katarrhussá vált, de a rohamok oly enyhék, a köpet oly laza lett, hogy a hőkhurut ijesztő tünetei, az elkékülés és fuldoklás teljesen elmaradtak.

Dr. Model. v. kir. körorvos (Weissenburg):

„Pertussin“ használata után felébredéskor úgy éreztem, mintha a friss szabad levegőt szívnam be valamely alpesi csúcson. Ez nálam igen felűnő volt, mert sok évi hőrhurut folytán meglehetősen tüdőátulásban szenvedek.

Dr. Alfred Müller. (Neuhausen):

Az a véleményem, hogy a „Pertussin“ az a szer, mely a legrövidebb idő alatt a joggal rettegett hőkhurutot veszélytelen és jelentéktelen hőrhuruttá változtatja. Ez idő szerint nem ismerek szert, mely hasonló előnnyel rendelkeznék.

Dr. Erich R. von Matzner. (Birfeld, Steierm.):

A három „Pertussin“-nal kezelt eset, köztük kettő gyermeknél, a legsúlyosabb alakok közé tartozott és az ön készítménye mindig kitűnő hatással volt; az erős köhögési inger néhány óra alatt csökkent és a váladék mennyisége fogyott, a hőmérsék alábbszállt.

Eladás kizárólag gyógyszerárak útján.

Előállítja a

„Kommandantenapotheke E. Taeschner“
Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Ingyen minták szívesen állanak rendelkezésre.

Raktárak: **Török József** gyógyszerár, Budapest,
Dr. Egger Leo és J. Budapest, stb.